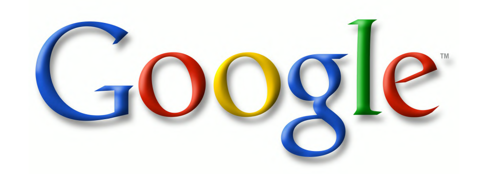




ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

REVUE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. BABINSKI, BALLET, BLANCHARD,
BLIN (E.), BLOCQ, BONNAIRE (E.), BOISSIER, BOUCHEREAU, BRIAND (M.),
BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), BROUARDEL (G.), CAMUSET, CATSARAS,
CHABBERT, CHARPENTIER, CHRISTIAN, COLLET, DAURIAC, DEBOVE (M.),
DENY, DUTIL, DUVAL (MATHIAS), FERRIER, FRANCOTTE,
GILLES DE LA TOURETTE, GOMBAULT, GRASSET, P. JANET, JOFFROY (A.),
KERAVAL (P.), LACHAUX, LANDOUZY, MAGNAN, MARANDON DE MONTYEL,
MARIE, MAUNOURY, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY,
NOIR, PARINAUD, PILLIET, PIERRET, PITRES, POPOFF, RAYMOND (F.),
RÉGNARD (A.), REGNARD (P.), RICHER (P.), ROUBINOVITCH,
ROTH (W.), ROYET, SÉGLAS, SEGUIN (E.-C.), SOLLIER, SOUQUES,
SOURY (J.), TEINTURIER (E.), TERRIEN, THULIÉ (H.), TROLARD, TROISIER (E.),
VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.), P. YVON.

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaires de la rédaction : **J.-B. CHARCOT** et **G. GUINON**

Dessinateur : **LEUBA**

Tome XXVI. — 1893.

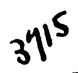
Avec 38 figures dans le texte.

PARIS

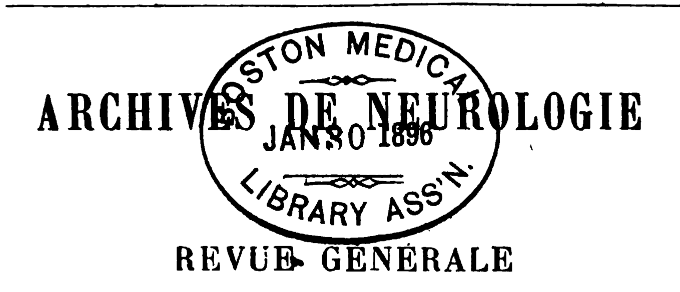
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1893



Vol. XXVI. **Juillet 1893.** **N° 77.**



ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE GÉNÉRALE

QUELQUES DÉFINITIONS RÉCENTES DE L'HYSTÉRIE [1];

Par M. Pierre JANET.

III. — Le rétrécissement du champ de la conscience.

Les définitions précédentes ont certainement une grande généralité, elles s'appliquent à la majorité des accidents hystériques ; mais il est évident, d'autre part, qu'elles laissent à peu près complètement de côté d'autres caractères également nombreux et très importants, je veux dire les stigmates hystériques. A mesure que l'on a étudié davantage ces malades, on a remarqué de plus en plus l'importance de certains symptômes qui semblaient se dissimuler, dont les malades ne se plaignaient pas, et qui cependant persistaient en même temps que les accidents ou même dans leurs intervalles. Ces symptômes essentiels à la maladie, permanents, non douloureux, sont surtout constitués par des troubles divers de la sensibilité, de la mémoire, de la volonté, qui se manifestent par des modifications des mouvements et du caractère. Il est impossible dans une définition générale de l'hystérie de ne pas en tenir compte.

Certains auteurs ont essayé d'appliquer aux stigmates la même explication qu'aux accidents et de les rattacher également à des idées fixes. Certains malades semblent, en effet, avoir une pensée plus ou moins nette se rapportant à leurs amnésies ou à leur faiblesse motrice, certains autres, on l'a

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 76.

remarqué assez vite, ne présentent leurs stigmates qu'au moment où ils paraissent y faire attention et ne les présentent plus quand ils sont distraits. On croit les prendre en défaut, quand ils ne pensent plus à jouer la comédie de l'insensibilité ou de l'amnésie et on en conclut facilement que ces stigmates sont des sortes d'idées fixes survenues par accident.

Cette explication serait simple, conforme aux principes que nous avons posés, mais nous regrettons de ne pouvoir l'accepter; l'observation d'un grand nombre de faits très réguliers et faciles à constater nous empêche d'assimiler les stigmates, l'anesthésie, par exemple, aux symptômes accidentels. 1° Il y a toujours un événement précis au début de l'accident par idée fixe, ici nous ne voyons rien dans l'histoire des malades qui ait pu leur mettre en tête la pensée de ne pas sentir du côté gauche et celle d'avoir le champ visuel rétréci. 2° Les accidents par idée fixe sont connus par les malades, les stigmates sont tellement indifférents au malade que le plus souvent ils sont ignorés. 3° Il est vrai que certaines idées fixes sont subconscientes, mais on en retrouve la pensée dans des états somnambuliques ou par les procédés qui permettent de constater les phénomènes subconscients; jamais aucun de ces procédés ne nous a permis de constater une idée fixe relative aux stigmates. 4° La pensée de l'accident détermine la nature du symptôme, en d'autres termes, le malade réalise son symptôme comme il le pense. Au contraire, nous trouvons dans le stigmate des caractères compliqués dont le sujet n'a aucune idée. Soupçonne-t-il les troubles bizarres des mouvements qu'amène avec elle l'anesthésie musculaire? Avait-il la notion de ce syndrome de Lasègue que nous constatons quelquefois chez lui dès qu'il arrive à l'hôpital? 5° Les idées fixes étant accidentelles et personnelles sont très variables, on ne peut énumérer les tics bizarres que l'on rencontre et on peut toujours s'attendre à en voir encore de nouveaux que l'on n'avait pas prévus. Les stigmates sont parfaitement réguliers et sont restés les mêmes depuis le moyen âge jusqu'à aujourd'hui dans tous les pays où on les a observés. 6° Enfin, nous avons déjà remarqué autrefois que les idées fixes ne se développent d'ordinaire, sauf des cas tout particuliers, qu'à une époque déjà assez avancée de la maladie. Cette disposition à la suggestibilité, à la division de la conscience n'est pas complète dès le début, or les stigmates se montrent souvent très tôt à une

période où les idées fixes ne pourraient avoir cette force et cette persistance. Sans doute dans certains cas, des caractères partiellement analogues aux stigmates, des anesthésies ou des troubles du mouvement pourront être déterminés par suggestion. Mais nous croyons que ce n'est pas la formation naturelle de ces symptômes. Le plus souvent, ils ne sont pas accidentels mais obéissent à des lois générales qu'il faut essayer de déterminer.

Les stigmates se présentent comme des affaiblissements, des suppressions au moins apparentes des sensations, des souvenirs, des mouvements. (Les hyperesthésies et les contractures ne sont pas pour nous, dans les cas les plus ordinaires, de véritables augmentations des sens ou des mouvements, les malades hyperesthésiques sentent en réalité fort mal, et ceux qui ont des contractures ne font pas des mouvements aussi puissants qu'on le croit. D'ailleurs ces phénomènes sont presque toujours des accidents par idée fixe.) Si les stigmates ont toujours ce caractère en quelque sorte négatif, on peut les considérer évidemment comme la preuve d'un amoindrissement des fonctions nerveuses, d'un épuisement des organes. Ce n'est pas là une théorie, c'est l'expression aussi juste que banale du fait lui-même; reste à interpréter la nature de cet épuisement.

Pour nous la question se pose de la manière suivante : cet épuisement est-il localisé à tel ou tel organe sensoriel ou porte-t-il d'une manière générale sur les parties supérieures du cerveau? Peut-on dire que l'anesthésie tactile, le rétrécissement du champ visuel se rattachent précisément à un arrêt du fonctionnement des centres nerveux qui servent à cette sensation tactile ou visuelle; ou bien ces anesthésies ne sont-elles qu'une manifestation particulière d'un affaiblissement portant sur toutes les fonctions de l'écorce cérébrale et se rattachent-elles par conséquent à un trouble général des fonctions psychologiques?

Nous ne pensons pas que les stigmates soient dus à des lésions locales des appareils sensoriels, des muscles, des nerfs, des centres : 1° Les stigmates sont trop mobiles, ils disparaissent trop facilement dès que l'on modifie un peu la pensée du sujet; la suggestion, l'association des idées, l'attention surtout suppriment comme par enchantement ces insensibilités et ces impotences musculaires. 2° Les stigmates sont contradictoires, c'est-à-dire que le fonctionnement des organes est réel et per-

siste au moment même où il semble être supprimé. Nous avons montré dans de nombreuses études que la sensation tactile, la sensation visuelle, même à la périphérie du champ visuel, continuaient à s'exercer, que les souvenirs étaient reproduits malgré l'amnésie apparente, que les mouvements étaient possibles et qu'ils avaient même conservé leur force malgré la faiblesse, l'amyosthénie indiquée par le dynamomètre[1]. Ces faits peuvent être démontrés par un grand nombre d'expériences précises, mais ils peuvent être constatés par l'observation clinique la plus simple. Les hystériques, marchent, courent sans tomber, sans se heurter aux obstacles comme devraient faire de vrais anesthésiques, des malades ayant véritablement le champ visuel réduit à un point. On les voit travailler, soulever des fardeaux, faire des exercices prolongés si elles ne se sentent pas observées, tandis qu'elles présentent une faiblesse musculaire étonnante, une fatigue extrêmement rapide dès qu'on les soumet à un examen. Nous avons été heureux de voir M. Jolly faire indépendamment les mêmes remarques : il parle d'enfants ayant une amaurose hystérique complète et il ajoute : « Ces enfants qui paraissent ne percevoir aucune lumière, évitent les obstacles placés inopinément devant eux, et cependant ils ne se conduisent pas par le tact... ils ne ressemblent pas à de vrais aveugles... il doit y avoir ici quelque espèce de perception. » Et plus loin : « J'ai beaucoup de raisons pour croire que cette surdité ne doit pas être réelle... il n'est pas douteux pour moi que l'enfant ait entendu les conversations[2]. » M. Oppenheim dit aussi : « L'hystérique a perdu la volonté de mettre en mouvement des groupes de muscles déterminés... c'est tout autre chose de mettre ces muscles en mouvement par un effort de volonté ou par l'intermédiaire d'un état affectif[3]. » Cette réapparition rapide et cette conservation des phénomènes nous empêchent de croire à un épuisement localisé.

L'épuisement général des fonctions cérébrales a été signalé par beaucoup d'auteurs, « les hystériques, disait M. Féré, sont dans un état permanent de fatigue psychique qui se tra-

[1] Ces travaux, déjà anciens, publiés en 1886 et 1887 et sur le détail desquels nous ne pouvons revenir ici, sont résumés dans notre dernier livre sur les stigmates mentaux des hystériques.

[2] Jolly, *op. cit.*, p. 4.

[3] Oppenheim, *op. cit.*, p. 6.

duit par un affaiblissement de la sensibilité des mouvements de la volonté [1]... » M. Feré a repris cette étude avec beaucoup de détails très intéressants dans un dernier livre sur « la pathologie des émotions ». Si nous ne pouvons admettre toutes les opinions de cet auteur sur les épuisements localisés des centres nerveux qui nous semblent encore bien hypothétiques, nous avons toujours adopté ses idées sur l'épuisement général du système nerveux chez l'hystérique. « Le fait fondamental de l'hystérie, dit M. Oppenheim, est la faiblesse irritable, une excitabilité anormale jointe à un épuisement, ces caractères se constatent surtout dans la sphère des phénomènes affectifs [2]. » M. Jolly reprenant la conception de M. Oppenheim parle aussi d'une faiblesse nerveuse incontestable, qui permet l'exagération des phénomènes affectifs, mais il ajoute que cette formule manque de précision et ne résume pas les faits particuliers [3]. Nous pensons comme cet auteur qu'il est nécessaire de préciser ce que l'on entend par cette faiblesse cérébrale. Il ne suffit pas de dire, ce qui d'ailleurs est évident, que l'hystérique est cérébralement affaiblie, car il y a mille variétés d'affaiblissement cérébral, et il faut, autant que possible, montrer celui qui est propre à l'hystérique. Comme les fonctions essentielles du cerveau sont des fonctions psychologiques, il faut montrer, par l'analyse des phénomènes moraux, en quoi consiste cette insuffisance psychologique.

Nous avons proposé autrefois d'étudier un phénomène psychologique qui était déjà signalé d'une manière plus ou moins vague parmi les troubles du caractère des hystériques, mais qui nous paraissait l'expression principale de cette insuffisance. Il s'agit d'une faiblesse de l'attention, ou mieux d'un état de distraction perpétuelle que l'on constate facilement chez la plupart de ces malades. L'attention est lente à se fixer, pénible, s'accompagne d'accidents de toute espèce, s'épuise très rapidement et ne donne que des résultats très minimes, elle ne forme que des idées vagues, douteuses, surprenantes et inintelligibles [4]. Si on considère l'attention sous son aspect moteur,

[1] Féré. — *Sensation et mouvement*, 1887, p. 21 et *Pathologie des émotions*, 1872, p. 158.

[2] Oppeinheim, *op. cit.*, 1889, p. 3.

[3] Jolly, *op. cit.*, p. 12.

[4] *Les stigmates mentaux des hystériques*, p. 137. — *Ibid.*, p. 123.

quand elle s'applique aux actions, on retrouve les mêmes caractères : les actes volontaires sont pénibles, lents, de courte durée, entrecoupés d'arrêts innombrables. Souvent même cette attention si faible semble disparaître entièrement, tout effort intellectuel, tout acte volontaire devient impossible, le sujet n'est plus capable de comprendre ce qu'il lit, ni même ce qu'il entend, d'effectuer le plus petit mouvement volontaire. L'aboulie, l'aprosexie, l'hésitation, le doute, nous croyons devoir y insister, sont les caractères psychologiques essentiels chez l'hystérique. Ces caractères se retrouvent plus ou moins semblables chez d'autres malades, cela est évident, mais ce n'est pas une raison suffisante pour les négliger chez l'hystérique.

Ces faiblesses de l'attention sont si grandes qu'elles troublent non seulement les travaux intellectuels, mais modifient même la vie normale, la pensée ordinaire qui demande continuellement un certain effort d'attention. Le malade distingue mal les faits qui se passent autour de lui, il se rend très mal compte de toutes les situations de la vie et surtout il ne perçoit qu'une très faible partie des faits, il semble toujours oublier la majeure partie des impressions qui devraient le frapper [1]. Si on cherche à vérifier cet état de l'esprit d'une manière plus précise, on constate qu'une femme hystérique ne peut percevoir plusieurs sensations à la fois : dès qu'elle est occupée à sentir un phénomène, elle devient indifférente à toutes les autres excitations faites sur des parties du corps et sur des sens ordinairement sensibles. Elle présente la même distraction pour les souvenirs et pendant qu'elle pense à une idée, elle oublie toutes les notions opposées qu'elle savait fort bien l'instant précédent. Enfin on constate le même caractère dans ses actes et ses mouvements : elle ne fait volontairement qu'un mouvement à la fois et cesse de pouvoir le faire dès qu'elle est distraite par une sensation ou un autre mouvement. Ce dernier point a été particulièrement étudié dans le travail intéressant de M. Pick [2]. Des distractions semblables existent rarement chez l'homme normal et elles ne sont produites que par une concentration excessive de la pensée sur un problème compliqué ; chez l'hystérique elles se produisent d'une façon beaucoup

[1] *Automatisme psychologique*, p. 188.

[2] A. Pick. — *Ueber die sogenannte « conscience musculaire »* (Duchenne). (*Zeitschrift fur psych. und physiol der sinnesorgane*, t. IV, 1892.) Cf. *Stigmates mentaux de l'hystérie*, p. 156.

plus simple. « C'est un état exagéré de *distraction*[1], qui n'est pas momentané et ne résulte pas d'une attention volontaire dirigée uniquement dans un sens ; c'est un état de distraction naturelle et perpétuelle, qui empêche ces personnes d'apprécier aucune autre sensation en dehors de celle qui occupe actuellement leur esprit. »

Nous avons essayé autrefois non d'expliquer, mais de résumer tous ces faits très nombreux dans une formule simple. La vie psychologique n'est pas uniquement constituée par une succession de phénomènes venant à la suite les uns des autres, formant une longue chaîne qui se prolonge dans un seul sens. Chacun de ces états successifs est en réalité complexe, il renferme une multitude de faits élémentaires et ne doit son unité apparente qu'à la synthèse, à la systématisation de tous ces éléments. Nous avons proposé d'appeler « champ de conscience ou étendue maximum de la conscience, le nombre le plus grand de phénomènes simples ou relativement simples qui peuvent être réunis à chaque moment, qui peuvent être simultanément rattachés à notre personnalité[2] ». Ce champ de conscience ainsi entendu est fort variable. Un chef d'orchestre entendant simultanément tous les instruments et suivant par la lecture ou par la mémoire la partition de l'opéra, réunit dans chacun de ses états de conscience un nombre immense de faits. L'individu endormi qui rêve, le malade pendant une crise d'extase, n'ont au contraire dans la pensée consciente qu'un nombre de faits très restreint. Il est facile de voir en étudiant la distraction des hystériques que leur champ de conscience semble très petit, il est rempli tout entier par une seule sensation relativement simple, un seul souvenir, un petit groupe d'images motrices et ne peut plus en contenir d'autres en même temps[3]. Ce rétrécissement du champ de la conscience n'est qu'une manifestation de l'épuisement cérébral général que l'on a admis. Cet épuisement nous semble décrit avec plus de précision quand nous disons : *c'est une faiblesse morale particulière consistant dans l'impuissance que présente le sujet faible de réunir et de condenser ses phénomènes psychologiques, de les assimiler à sa personnalité*[4].

[1] *Autom. psych.*, p. 189.
[2] *Autom. psych.*, p. 194.
[3] *Autom. psych.* p. 195.
[4] *Autom. psych.*, p. 454.

Cette remarque permet de grouper un grand nombre de faits, de traits de caractère qui ont bien souvent été signalés chez les hystériques. Leurs enthousiasmes passagers, leurs désespoirs exagérés et si vite consolés, leurs convictions irraisonnés, leurs impulsions, leurs caprices, en un mot ce caractère excessif et instable, nous semblent dépendre de ce fait fondamental qu'elles se donnent toujours tout entières à l'idée présente, sans aucune de ces réserves, de ces restrictions mentales qui donnent à la pensée sa modération, son équilibre et ses transitions. « C'est encore au rétrécissement du champ de la conscience, disait M. Laurent[1], qu'il faut attribuer chez l'hystérique, la peur, l'étonnement, l'émotivité, les manifestations de l'intensité des impressions. Une impression donnée venant effacer brusquement les idées antérieurement existantes, l'hystérique se trouve dans la situation de l'homme qui apprend tout à coup ou qui voit quelque chose à quoi il ne s'attend pas. Cette impression chasse les autres idées et, dominant l'intelligence, cause, selon sa nature, l'étonnement, la peur, la joie ; n'étant contre-balancée par rien, aucun raisonnement ne survenant, l'expression instinctive de la pensée vient se manifester. » Les mêmes remarques peuvent s'appliquer aux impulsions subites de ces malades et à leurs changements brusques ; c'est là simplement l'expression psychologique un peu plus précise de ce que l'on décrivait d'une manière vague sous le nom de faiblesse irritable.

Nous croyons que l'on peut aller plus loin et que les stigmates, l'anesthésie elle-même, peuvent être considérés comme une dépendance de ce caractère psychologique. L'anesthésie se comporte comme une distraction, elle est variable, mobile, elle disparaît souvent quand on peut provoquer un effort d'attention du sujet. Elle n'est ni profonde, ni complète, car elle laisse subsister des sensations élémentaires sous forme de phénomènes subconscients, faciles à constater dans bien des cas. On peut produire par la distraction elle-même des insensibilités qui ont tous les caractères des anesthésies hystériques. Quand la répartition de l'anesthésie se modifie, ce qui est très fréquent, on constate des alternances des équivalences dans les sensations disparues. « La sensibilité, disait autrefois Cabanis, semble se comporter à la manière d'un fluide dont la quantité totale est déterminée, et qui, toutes les fois qu'il se

[1] L. Laurent. — *Etats seconds*, 1892, p. 127.

jette en plus grande abondance dans un de ces canaux, diminue proportionnellement dans les autres[1]. » Si vous contraignez le sujet, en attirant son attention, à retrouver la sensibilité du côté gauche, il la perd du côté droit. Obtenez-vous la sensibilité tactile totale, le rétrécissement du champ visuel augmente tellement que le sujet devient momentanément aveugle, ainsi que je l'ai observé plusieurs fois sans l'avoir prévu. Voulez-vous élargir le champ visuel, l'anesthésie tactile augmente. Ces modifications arrivent souvent d'une manière spontanée, et certains sujets semblent avoir le choix entre plusieurs formes d'anesthésies équivalentes. Ces alternances n'existent pas seulement pour les anesthésies, mais pour bien d'autres phénomènes, et c'est pourquoi les hystériques ne sont pas guéries quand on leur a plus ou moins complètement supprimé un symptôme. La faiblesse de leur pensée subsiste et elles perdent d'un côté ce qu'elles ont semblé regagner d'un autre. La localisation de l'anesthésie peut dépendre d'une suggestion ou d'une idée fixe, mais l'anesthésie en elle-même et les stigmates en général sont des manifestations de l'insuffisance de la perception personnelle, du rétrécissement du champ de la conscience.

M. J. Héricourt quand il résumait notre étude sur l'anesthésie hystérique a employé une expression très heureuse qui exprime bien notre pensée. « *C'est par une sorte de paresse que le personnage principal supprime toute une série de sensations, celles qui lui sont le moins indispensables, afin de limiter le champ d'une activité dont il aurait quelquefois peine à faire les frais... Ce rejet de tout un groupe d'éléments psychiques gênants constituerait une sorte d'autotomie psychologique spontanée dont il existe d'ailleurs des cas non douteux.* Ainsi l'on sait que les personnes qui louchent d'un œil suppriment complètement la vision de l'œil atteint par le strabisme et ne voient en réalité que d'un œil, bien que les deux yeux soient également sensibles aux impressions rétiniennes[2]. » Nous pensons donc que l'on peut résumer les stigmates par la formule suivante : « *Les choses se passent comme si les phénomènes psychologiques élémentaires étaient aussi réels et aussi nombreux que chez les individus normaux, mais ne pouvaient pas à cause*

[1] Cabanis. — *Histoire des sensations*, dans l'étude *sur le rapport du physique et du moral*, œuvres complètes, 1824, t. III, p. 153.

[2] J. Héricourt. — *L'activité inconsciente de l'esprit*. (*Revue Scientifique* 1889, t. II, p. 262.)

du rétrécissement du champ de la conscience, à cause de cette faiblesse de la faculté de synthèse se réunir en une seule perception ou une seule conscience personnelle[1]. »

Cette nouvelle conception, à laquelle nous avons été amené, par l'étude des stigmates, est loin d'être en opposition avec les conclusions de nos précédentes études sur les accidents. Le dédoublement de la personnalité est bien plutôt la conséquence immédiate de cette faiblesse de synthèse psychologique. Celle-ci laisse subsister les phénomènes psychologiques, mais ne les réunit pas à l'idée de la personnalité. On peut se représenter les faits de somnambulisme et les actes subconscients comme des groupements secondaires, des systématisations accessoires de ces phénomènes psychologiques négligés « *les choses se passent comme si le système des phénomènes psychologiques qui forme la perception personnelle chez tous les hommes était, chez ces individus, désagrégé et donnait naissance à deux ou plusieurs groupes simultanés ou successifs, le plus souvent incomplets et se ravissant les uns aux autres les sensations, les images et par conséquent les mouvements qui doivent être réunis normalement dans une même conscience et un même pouvoir*[2] ». La suggestibilité elle-même et les maladies par représentation se rattachent à cette conception générale ; car le développement exagéré de certaines idées dépend de leur isolement, et cet isolement est une conséquence du rétrécissement du champ de la conscience. L'exaltation des phénomènes automatiques résulte le plus souvent d'une diminution dans la puissance de l'activité volontaire qui réunit à chaque instant de la vie les phénomènes présents. C'est l'ensemble de ces conceptions que nous avions désigné sous le nom de *désagrégation mentale*, et il semble encore, d'après les analyses précédentes, que cette idée puisse fournir le moyen de résumer un grand nombre de phénomènes hystériques.

Plusieurs auteurs ont accepté ce résumé des faits et l'ont complété par de nouveaux exemples. M. Pick considère la *diminution de la puissance d'attention, le rétrécissement de la perception personnelle, auquel il ajoute le rétrécissement de l'impulsion motrice, comme la caractéristique de l'hystérie*[3]. M. Laurent s'exprime à peu près de même : « Nous disons

[1] *Automatisme psychologique*, p. 364.

[2] *Automatisme psychologique*, p. 364.

[3] Pick, *op. cit.*, 1892, p. 190, 208.

hystérique, car aujourd'hui c'est le seul mot scientifique pour désigner le rétréci mental, le *minus habens conscientiæ*, si nous pouvons exprimer ainsi l'état mental de cet individu très intelligent peut-être, mais dont toutes les facultés mentales sont marquées d'un stigmate plus fixe certainement qu'aucun de ceux que l'on est habitué à rechercher dans l'hystérie [1]. »

Le rétrécissement du champ de la conscience devient ainsi le caractère principal signalé dans un nouveau groupe de définitions de l'hystérie; il permet de résumer les faits contenus dans les définitions précédentes et y ajoute une assez grande quantité de faits nouveaux, les stigmates, en particulier, qui n'y étaient pas contenus.

IV. — L'HYSTÉRIE, MALADIE MENTALE.

« Nous disons hardiment, écrivait Brachet en 1847, non, le cerveau n'est pas essentiellement lésé dans l'hystérie [2]. » Depuis cette époque, les opinions ont singulièrement changé; il est rare de trouver aujourd'hui des médecins qui considèrent encore l'hystérie comme une maladie des organes génitaux et qui enlèvent les ovaires aux femmes pour les guérir de leurs idées fixes. « Il est évident, dit M. Jolly, que dans le cours des temps la théorie de l'hystérie s'est de plus en plus rapprochée d'une interprétation psychique [3]. » « Les paralysies par segment de membre, disait M. G. Guinon, sont des phénomènes cérébraux, l'hémianesthésie également, l'état mental, syndrome important chez les hystériques, relève directement d'un trouble du fonctionnement du cerveau. Il faut donc admettre que l'hystérie est une névrose particulièrement cérébrale [4]. » « L'hystérie n'est qu'une manière de fonctionner du cerveau, écrit M. Sollier; il n'y a pas une maladie hystérique... c'est le mécanisme cérébral qui est hystérique, ce n'est pas l'affection [5]. » Dans le récent dictionnaire de médecine mentale de M. Hack Tuke, les deux articles consacrés à l'hystérie aboutissent à cette même conclusion. « L'hystérie, d'après M. Donkin, est un

[1] Laurent. — *Les états seconds*, 1893, p. 154.
[2] Brachet. — *Hystérie*, p. 294.
[3] Jolly, *op. cit.*, t. II.
[4] Georges Guinon. — *Les agents provocateurs de l'hystérie*, 1889, p. 354.
[5] Sollier. — *Amnésies*, 1892, p. 323.

désordre ou un développement défectueux des centres fonctionnels les plus élevés de l'écorce cérébrale... On court moins de risque de se tromper en considérant l'hystérie comme une espèce de folie qu'en cherchant à grouper les phénomènes autour d'un symptôme physique de cette maladie [1]. » Dans le même ouvrage, MM. Charcot et Marie, rattachent également l'hystérie à un trouble dans le fonctionnement des régions cérébrales les plus élevées. L'hystérie est moins, d'après eux, une maladie dans le sens ordinaire du mot, « qu'un mode particulier de sentir et de réagir [2] ». Toutes les études que nous avons faites jusqu'à présent, nous amènent aussi à faire rentrer l'hystérie dans le groupe des maladies mentales. Il faut cependant examiner les difficultés que présente une semblable assimilation, non pour les résoudre complètement, mais pour nous rendre compte de la valeur pratique de notre définition toute provisoire de l'hystérie.

Pour critiquer notre définition qui tend à faire de l'hystérie une maladie mentale, on nous permettra de suivre une vieille méthode qui remonte à la scholastique, mais qui est assez précise : « *Conveniat toti et conveniat soli definito* », disait-on d'une définition. Nous chercherons d'abord si les conceptions précédentes sont assez larges pour s'appliquer à tous les hystériques, c'est-à-dire pour contenir tous les symptômes que ces malades peuvent présenter et ensuite si elles sont assez précises pour caractériser l'hystérie seule et la distinguer des autres maladies de l'esprit.

Considérons d'abord le premier point : la conception de l'hystérie considérée comme une maladie mentale, résume-t-elle tous les symptômes de cette maladie? Sans doute un grand nombre de phénomènes décrits autrefois comme physiques, sont aujourd'hui regardés comme psychologiques ; les paralysies, les contractures, les chorées, les hyperesthésies, les anesthésies sont des symptômes moraux. Mais il existe d'autres accidents hystériques dont l'interprétation psychologique est beaucoup moins avancée et même beaucoup moins vraisemblable : nous croyons pouvoir les ranger dans trois catégories principales : 1° les accidents viscéraux de l'hystérie ; 2° les

[1] Donkin. — *Hysteria : Dictionary of psychological medicine*, t. I, p. 619.

[2] Charcot et Marie. — *Hystéro-épilepsy : Dictionary of psychological medicine*, t. I, p. 628.

troubles vaso-moteurs et secrétoires; 3° les troubles trophiques.

Les accidents viscéraux sont très nombreux chez les hystériques et même, chez quelques malades, ils sont tout à fait prédominants. Rappelons seulement les palpitations cardiaques et même certaines altérations dans les battements du cœur, la fièvre hystérique déjà signalée par Briquet[1] et qui, aujourd'hui, attire justement l'attention, les toux nerveuses, les sanglots, les hoquets, toutes sortes de modifications du rythme respiratoire. Ces malades m'ont souvent semblé présenter d'une manière exagérée un type de respiration particulier, le type costo-supérieur; les côtes inférieures et le diaphragme paraissent quelquefois absolument immobilisés, les altérations dans les mouvements du diaphragme sont d'ailleurs extrêmement fréquentes et jouent probablement un grand rôle dans certains accidents comme le tympanisme abdominal[2]. Cependant on sait que les accidents les plus nombreux portent sur le système digestif. Il est facile de constater des anomalies de diverses espèces, des troubles de la déglutition, des spasmes de l'œsophage à diverses hauteurs, des vomissements, puis des phénomènes intestinaux, des diarrhées aussi bien que des constipations, des ballonnements du ventre, des paralysies ou des spasmes des sphincters, des troubles du même genre dans l'émission et même dans la sécrétion des urines, etc. L'ischurie hystérique est l'un des plus importants de ces phénomènes, « le fait capital est ici une diminution considérable du chiffre des matières excrémentitielles malgré la présence de l'urée dans les vomissements[3] ».

Les altérations des fonctions vaso-motrices sont déjà manifestes dans les troubles si communs des phénomènes menstruels, dans ces hémorrhagies supplémentaires si singulières qui se font par le nez, par l'estomac et même par le poumon. Mais on peut également les constater à la surface cutanée et dans les organes phériphériques. Beaucoup de malades ont sur la peau des plaques rouges légèrement saillantes, qui apparaissent avant ou après les attaques et qui persistent plus ou moins longtemps, beaucoup présentent un gonflement no-

[1] Briquet, *op. cit.*, 493.

[2] Interprétation de S. Talma (d'Utrecht) et de M. Bernheim, *hypnotisme, suggestion*, 1891, p. 191.

[3] Charcot. — *Mal. du syst. nerveux*, t. I, p. 278, 296.

table des glandes vasculaires. Le goître vasculaire est fréquent chez les hystériques, et chez quelques-unes il se développe subitement à la suite d'une attaque et d'une émotion. Enfin, les réflexes vaso-moteurs ne sont pas toujours normaux, il ne s'agit pas ici, bien entendu, d'expériences physiologiques qui sont, comme on sait, extrêmement contestables, mais de simples constatations cliniques, les piqûres ne saignent pas, les pincements même légers provoquent des ecchymoses exagérées, l'application d'un objet légèrement chauffé amène des brûlures, etc., et ces phénomènes ne sont pas identiques si on opère du côté anesthésique ou du côté sensible. Enfin il suffit de signaler les phénomènes si curieux de la peau dermographique. Nous n'avons pas l'intention d'analyser ici toutes ces observations, nous voulons seulement les rappeler.

On connaît l'observation étonnante de sécrétion laiteuse, rapportée par Briquet[1], peut-être trouverait-on des faits semblables dans les cas de « sein irritable » signalés par plusieurs auteurs. Mais sans rechercher des observations aussi rares, on constate bien souvent des troubles de la sécrétion chez les hystériques. Les magnétiseurs avaient fait sur ce point des remarques fort exactes. « Je signalerai, disait Despine, quelques phénomènes peu connus qui me paraissent se rattacher à la non-perspirabilité de la peau qu'on rencontre généralement chez les personnes atteintes de ces affections nerveuses graves et que j'ai rencontrés chez toutes mes cataleptiques, la sécheresse et le crépu des cheveux, la chaleur brûlante de la peau... la nullité d'odeur du cuir chevelu, ainsi qu'aux aisselles et aux pieds[2]... » Il est vrai, en effet, que les sécrétions sudorales sont souvent très diminuées, mais on peut constater aussi le fait opposé ; nous avons vu une femme hystérique, anesthésique totale qui avait continuellement, pendant deux ans, des sueurs extraordinaires, capable de mouiller ses vêtements et dont les sueurs disparurent subitement, quand des attaques délirantes se sont développées à la suite d'une émotion. N'a-t-on pas signalé des sueurs colorées chez des hystériques[3] ? Toutes les autres sécrétions peuvent présenter des modifications pathologiques.

[1] Briquet, *op. cit.*, p. 481.

[2] Despine (d'Aix). — *Traitement des maladies nerveuses par le magnétisme*, 1840, p. 222; même remarque dans l'ouvrage curieux du Dr Pétetin sur l'électricité animale, p. 110.

[3] V. Fouré. — *De la chromhydrose*, thèse 1891, p. 42.

Les études précises sur les atrophies hystériques sont récentes, mais le fait, dans sa généralité, est d'observation ancienne. Despine (d'Aix), dans le même passage que nous venons de citer, décrivait également, peut-être avec un peu de naïveté, « le velu extraordinaire des jambes, bien supérieur à ce qu'il est dans le commun des femmes, la presque nullité de croissance dans les ongles des mains et des pieds, et particulièrement dans les membres qui sont le plus atteint de paralysie... Une malade remarquait elle-même qu'elle ne se coupait qu'une fois les ongles de la main gauche, tandis qu'elle était obligée dans le même temps de les couper trois fois du côté droit[1]. » Il suffit de rappeler les beaux travaux de M. Charcot, de M. Babinski, de MM. Gilles de la Tourette et Dutil, sur l'atrophie musculaire chez les hystériques. Ce sont là des phénomènes qui demandent encore à notre avis bien des études, mais qui semblent cependant dès aujourd'hui se rattacher légitimement à la maladie hystérique.

Ce court résumé a simplement pour but de montrer qu'en rattachant l'hystérie au groupe des maladies mentales, nous n'oublions pas les nombreux symptômes organiques que l'on constate chez ces malades. Comment devons-nous les interpréter ? Ces faits nouveaux doivent-ils donc faire renoncer aux définitions précédentes ? Remarquons d'abord qu'un certain nombre de ces faits doivent probablement se rattacher à des idées fixes persistantes, plus ou moins consciemment, ainsi que les paralysies et les contractures, expliquées par M. Charcot. En montrant l'importance de l'isolement dans le traitement de l'anorexie hystérique, M. Charcot montrait que l'élément psychique joue dans cette maladie un rôle prédominant[2]. « A notre avis, écrivait M. Sollier, il n'y a qu'une sorte d'anorexie nerveuse, c'est l'anorexie mentale[3]. » Nous aurions peut-être ici quelques restrictions à faire, car toutes les anorexies ne sont pas semblables, si beaucoup de malades refusent de manger par idée fixe, d'autres acceptent la nourriture, puis la rejettent à cause de certains spasmes de l'œsophage, de l'estomac, du diaphragme ou même des muscles de l'abdomen. Mais il n'en est pas moins vrai que ces spasmes eux-mêmes peuvent être provoqués et modifiés d'une façon

[1] Despine (d'Aix), *op. cit.*, p. 222.

[2] Charcot. — *Mal. du syst. nerveux*, t. III, p. 238.

[3] Sollier. — *L'anorexie hystérique.* (*Revue de médecine*, 1891, p. 626.)

plus ou moins directe par les idées du sujet, ainsi que l'on peut le montrer très nettement par des expériences de suggestion. Des expériences du même genre ont provoqué des modifications, des règles, des troubles vasculaires graves, capables de produire sur la peau l'érythème d'un sinapisme ou les phlyctèmes des brûlures [1]. Sans doute ces expériences sont à refaire, elles doivent être encore vérifiées et interprétées, mais elles nous montrent au moins que nous ne connaissons pas complètement l'influence énorme de la pensée sur le corps. Beaucoup des phénomènes organiques que nous avons signalés pourront donc plus tard être attachés à des idées fixes, modifiant même les fonctions viscérales.

Une deuxième catégorie de faits pourront s'interpréter autrement : les hystériques n'ont pas seulement des idées fixes, elles ont des émotions persistantes et les émotions sont des états complexes de tout l'organisme dans lesquels se mêlent intimement des phénomènes physiologiques et psychologiques. Certains troubles physiologiques de l'hystérie ressemblent tout à fait aux troubles qui accompagnent les émotions. MM. Oppenheim et Strumpell [2] ont justement insisté sur ce point. Est-il nécessaire de rappeler l'érythème émotif, la sécheresse de la bouche dans la peur, le vomissement du dégoût, l'ictère émotionnel, etc... Nos connaissances sur la psychologie de l'émotion sont insuffisantes pour expliquer le détail des faits, mais nous en soupçonnons assez pour croire que cette étude expliquera plus tard bien des modifications en apparence uniquement corporelles, et cette catégorie de phénomènes se rattacherait encore à notre conception générale de l'hystérie.

S'il reste des phénomènes inexpliqués et nous croyons qu'il en reste, il faut, pour les comprendre, se souvenir de certaines remarques générales qui ont été faites sur toutes les maladies mentales. Ces maladies dépendent d'altérations inconnues du cerveau, et il n'est pas vraisemblable que ces altérations, quelle que soit leur cause inconnue, soient absolument isolées dans un organisme tout à fait sain. Les actions et les réactions des diverses parties du système nerveux et même de tous les organes, les uns sur les autres, sont trop nombreuses pour

[1] Beaucoup de ces expériences sont résumées d'une manière intéressante dans le travail de M. Myers, *Subliminal consciousness.* (*Proceedings of the Society for psychical researches*, 1892, p. 308.)

[2] Oppenheim, *op. cit.*, 4. Strumpell, *op. cit.*, 7.

qu'une insuffisance du fonctionnement cérébral ne s'accompagne pas de beaucoup d'autres troubles. On les constate dans les mélancolies et les manies qui sont cependant considérées comme des maladies mentales, pourquoi ne les verrait-on pas dans l'hystérie ? Le défaut de nutrition, la diminution des matières excrémentitielles, l'anémie, la prédisposition même aux maladies infectieuses qui sont dans certains cas évidents, ne nous étonnent nullement dans cette maladie. Peut-être, un jour, ces modifications physiologiques qui accompagnent les insuffisances cérébrales seront déterminées d'une manière assez précise pour que l'on puisse montrer un phénomène physiologique fondamental, auquel on rattache tous les détails du délire de persécution et un autre par lequel on explique avec précision tous les phénomènes de l'hystérie. Il y aura alors une définition physiologique de l'hystérie. Mais nous pensons qu'aujourd'hui une semblable définition serait extrêmement vague et ne contiendrait pas nettement les phénomènes caractéristiques de la maladie. Si l'on admet une fois pour toutes qu'une maladie mentale est une maladie cérébrale et qu'elle s'accompagne toujours d'un cortège de phénomènes pathologiques, on comprendra qu'une définition psychologique est encore aujourd'hui la meilleure formule capable de résumer la grande majorité des symptômes hystériques.

Considérons maintenant le problème d'un autre côté : cette conception de l'hystérie qui est assez générale pour embrasser la plupart des symptômes connus n'est-elle pas maintenant trop large, ne fait-elle pas rentrer sous le titre d'hystérie une quantité d'accidents qui appartiennent à d'autres maladies. Il est incontestable, M. Mœbius le remarquait déjà fort justement [1], que depuis quelques années le domaine de l'hystérie s'est considérablement agrandi. Ce terme ne s'appliquait d'abord qu'à des femmes présentant des douleurs, des symptômes relatifs aux organes génitaux et des attaques particulières, c'est-à-dire en réalité à un petit nombre de malades ; puis il a été appliqué à des enfants, à des hommes, à des malades sans troubles génitaux et sans attaques, en un mot à un bien plus grand nombre de personnes. Nous constatons ce mouvement d'extension et nous croyons qu'il continuera encore et que nombre

[1] Mœbius, *op. cit.*, p. 5.

de tics, de douleurs, d'idées fixes seront bientôt rattachés très légitimement à l'hystérie. C'est là un fait curieux de l'histoire de la médecine, il a une signification importante et montre la part de plus en plus grande attribué dans la pathologie aux phénomènes de l'esprit, l'importance que prend la psychiatrie. Sans doute, il arrivera un moment où l'hystérie sera démembrée, et il n'est pas impossible de prévoir dès maintenant certaines subdivisions qui s'établiront plus tard. Il en a été ainsi pour toutes les grandes classifications médicales, pour les néphrites et les atrophies comme pour les maladies mentales. Cela ne doit pas nous empêcher de faire l'œuvre qui est aujourd'hui utile et de chercher à comprendre d'abord les caractères communs des grands groupes. Nous désirons donc préciser comment et jusqu'où nous sommes disposés à élargir le champ de l'hystérie.

L'une de ces discussions sur les limites de l'hystérie a été provoquée par l'étude du somnambulisme. Depuis que l'on s'est intéressé à ce phénomène on a reconnu que l'on pouvait le constater et le provoquer sur un grand nombre de personnes, on s'est demandé si ces personnes étaient des malades et quelle était leur maladie. Pour étudier cette question, il faut faire d'abord une distinction aujourd'hui plus nécessaire que jamais : nous parlons du somnambulisme et non pas de l'hypnotisme. Ce mot a perdu tout sens précis, il s'applique à l'enfant qui dort, au malade qui boit sa potion, aussi bien qu'au sujet ébloui par une fixation continue et à l'hystérique en attaque extatique. Nous ne nions aucunement que l'observation de tous ces faits très réels ne puisse fournir des détails intéressants pour l'étude du sommeil, de la foi, du vertige, des fatigues de l'attention, etc. Mais nous n'étudions pas ici toutes ces questions, nous parlons d'un fait particulier et beaucoup plus précis du somnambulisme proprement dit. Le somnambulisme est pour nous une seconde existence psychologique nettement distincte de la première et alternant avec elle, c'est un état dans lequel les phénomènes intellectuels sont assez développés pour que le sujet perçoive les sensations, comprenne même les signes et le langage, mais est cependant suivi d'une amnésie complète quand le sujet revient à l'état normal et ces souvenirs ne se retrouvent que dans un autre état analogue. Sans doute il y a mille degrés et complications de ces phénomènes, mais aucune discussion médicale, ni scientifique ne peut être

faite sur des phénomènes douteux et indistincts, et il ne faut parler d'abord que du somnambulisme le plus indiscutable.

Si on ne considère que ce somnambulisme conforme à notre définition, il est facile de remarquer qu'il se produit presque toujours chez des sujets présentant déjà tout un ensemble de symptômes appartenant à l'hystérie. Les magnétiseurs, qui connaissaient bien le somnambulisme, l'avaient déjà souvent remarqué. Despine y insiste à plusieurs reprises [1], il ajoute même une remarque que nous croyons importante, c'est que, même chez les hystériques, le somnambulisme disparaît quand la maladie nerveuse se guérit [2]. « Ce sont les maladies de nerfs et l'hystérie, disait aussi Noizet, qui fournissent le plus de somnambules artificiels [3]. » Plus tard, M. Gilles de la Tourette [4], M. Babinski [5], M. Blocq [6], M. Laurent [7], développant l'enseignement de M. Charcot, ont énuméré tous les symptômes hystériques que l'on rencontrait chez les somnambules. La plupart des auteurs étrangers que nous avons étudiés dans ce travail arrivent à la même conclusion : D'après M. Strumpell, « les états hypnotiques et les manifestations hystériques sont au fond étroitement unis [8] ». Pour MM. Breuer et Freud, « les états hypnoïdes et les phénomènes hystériques sont unis par un lien étroit [9] ». « C'est parmi les hystériques, écrit M. Donkin, que l'on trouve le plus d'exemples de somnambulisme... il est certain, d'après une expérience générale, que les êtres humains sont hypnotisables en proportion directe de leur instabilité nerveuse [10]. » Nous devons ajouter, si notre petite expérience peut avoir quelque intérêt que nous n'avons jamais vu un somnambulisme même incomplet sans être contraint de constater tôt ou tard un en-

[1] Despine (d'Aix), *op. cit.*, p. 86; — Despine (de Marseille), *le somnambulisme*, 1880, p. 140.

[2] *Automatisme psychologique*, p. 343, 446.

[3] Général Noizet. — *Le somnambulisme*, 1854, p. 187.

[4] Gilles de la Tourette. — *Hypnotisme et états analogues*, 1887, p. 55.

[5] Babinski. — *Hystérie et hypnotisme*. (*Gazette hebdomadaire*, juillet 1891, p. 15.)

[6] Blocq. — *Gazette des Hôpitaux*, 23 janvier 1893.

[7] Laurent, *op. cit.*, 1892, p. 159.

[8] Strumpell, *op. cit.*, p. 18.

[9] Breuer et Freud, *op. cit.*, p. 7.

[10] Donkin, *op. cit.*, p. 626.

semble de symptômes hystériques. M. Charcot a donc eu raison de dire dès le début que le somnambulisme est un phénomène qui se développe chez les hystériques.

Mais nous croyons que l'on peut aujourd'hui aller un peu plus loin : les phénomènes hystériques ont été analysés et nous savons quelle est leur nature au point de vue psychologique, ils sont tous caractérisés précisément par ce dédoublement de la personnalité qui existe au suprême degré dans le somnambulisme. Le somnambulisme n'est pas seulement hystérique parce qu'il coïncide avec des symptômes hystériques; en lui-même il présente de la façon la plus parfaite le caractère de tous les phénomènes de cette maladie. S'il nous arrivait de constater un somnambulisme indiscutable chez une personne ne présentant (supposition presque contradictoire) aucun autre symptôme maladif, nous serions disposés à la déclarer hystérique d'après ce seul symptôme qui résume à notre avis tous les autres. Nous n'aurions quelque hésitation qu'en songeant à un accident encore incomplètement analysé, l'automatisme ambulatoire ou les fugues des épileptiques. La description de ce phénomène, que nous n'avons pas observé nous-mêmes, ressemble singulièrement à celle du somnambulisme hystérique et le diagnostic psychologique nous semble bien difficile. Aussi avons-nous lu avec curiosité une thèse de M. Saint-Aubin qui semblait se proposer la discussion de ce diagnostic [1], malheureusement l'auteur ne décrit que des hystériques et n'aborde guère le problème difficile. Nous sommes obligé de nous en tenir aux signes un peu vagues indiqués déjà par M. Jules Voisin [2], d'après les commémoratifs, la nature des accidents qui précèdent ou qui terminent l'état second. Nous insistons surtout avec cet auteur sur le caractère incoordonné, déraisonnable des actes impulsifs chez les épileptiques. Un automatisme vraiment épileptique doit être à notre avis très court, sans raisonnement, sans combinaison intelligente des actes, et, pour avouer toute notre pensée, une fugue complète durant des journées entières, dans laquelle le sujet parle et agit en apparence comme une personne normale nous paraît appartenir bien plus à l'hystérie qu'à l'épilepsie. Tout en tenant compte

[1] Louis Saint-Aubin. — *Des fugues inconscientes hystériques et diagnostic différentiel avec l'automatisme de l'épilepsie*, 1890.

[2] Jules Voisin. — *Distinction de l'automatisme hystérique et de l'automatisme épileptique*, *Congrès de médecine mentale*, 1889.

de cette difficulté qu'il était juste de signaler nous pouvons conclure sur le premier point et dire que le somnambulisme rentre tout entier dans le domaine de l'hystérie.

On pourrait répéter la même discussion à propos de l'écriture automatique des médiums et à propos des hallucinations développées par le « crystal gazing ». Ces phénomènes se présentent le plus souvent chez des sujets qui présentent d'autres symptômes hystériques[1] et, de plus, ces phénomènes présentent en eux-mêmes ce qu'il y a d'essentiel dans l'hystérie, des anesthésies, des amnésies, des idées subconscientes, etc. Il est bon de s'entendre sur les termes et de parler un langage précis, même si on se trompe. Pour nous, cette division de la personnalité qui se manifeste dans les phénomènes médianimiques, c'est précisément ce que nous appelons hystérie, parce qu'elle se retrouve dans tous les autres phénomènes dits hystériques et qu'elle les constitue. Nous acceptons donc sur ce point l'élargissement du concept de l'hystérie et nous y faisons rentrer les somnambulismes, les écritures automatiques et en général, toutes ces manifestations en rapport avec des phénomènes psychologiques subconscients.

Si nous continuons ces études de diagnostic, nous rencontrons d'autres états mentaux qu'il faut comparer avec celui de l'hystérique. Dans certaines intoxications, celle du haschisch, celle de l'alcool principalement, se produisent des ivresses, des délires qui sont très souvent semblables à des états hystériques. Nous avions insisté autrefois sur la suggestibilité et le dédoublement très net de la personnalité que l'on peut constater pendant le délire alcoolique[2]; depuis, M. H. Colin et M. L. Laurent[3] ont publié des observations très précises des mêmes faits. Nous pensons que dans certains cas, la désagrégation de l'esprit causée par l'alcoolisme ou une autre intoxication peut être très durable et prendre tout à fait la forme hystérique; dans ce cas, quel que soit l'agent provocateur, il est nécessaire de reconnaître que l'on a affaire à de l'hystérie[4]. Mais le plus souvent, la distinction peut être faite soit par la nature du délire, soit mieux encore par le caractère passager

[1] Charcot, *op. cit.*, t. III, p. 228, *Automatisme psych.*, p. 404.

[2] Actes inconscients... *Revue Philosophique*, 1888, t. I, p. 251.

[3] H. Colin. — *Etat mental des hystériques*, 1890, p. 39, 41. L. Laurent. — *Etats seconds*, 1892, p. 35, 41.

[4] Georges Guinon. — *Les agents provocateurs de l'hystérie*, p. 163.

transitoire de la désagrégation mentale. Ce diagnostic de l'hystérie et des délires toxiques nous apprend donc qu'il faut, dans la définition de l'hystérie, ajouter un élément de plus, la durée, la permanence pendant un temps assez long du dédoublement de la conscience.

L'étude d'une autre catégorie de malades soulève un problème bien plus intéressant et beaucoup plus difficile à résoudre. Ce sont ces malades fort nombreux sur les frontières de la folie, qui présentent des symptômes en apparence très variés, mais ayant entre eux d'incontestables rapports, le délire du doute, la folie dite consciente ou raisonnante, les obsessions, les impulsions, les phobies, etc. Ces sujets, quoique très divers, ont été presque toujours réunis par les auteurs modernes en un seul groupe, mais ce groupe a reçu des noms différents suivant les théories des auteurs. En France, à l'exemple de M. Magnan, on désigne presque toujours ces affections sous le nom de délire des dégénérés; en Allemagne, on appelle ces malades des neurasthéniques délirants; pour ne point prendre parti sans une discussion suffisante dans les querelles que soulèvent justement ces appellations, nous désignerons d'une manière vague toutes ces personnes par un nom qui a déjà été souvent employé et qui leur convient bien; nous les appellerons simplement des psychasthéniques. Autrefois ces psychasthéniques que l'on n'hésitait pas à rapprocher des aliénés, étaient nettement séparés des hystériques, simples névropathes, mais aujourd'hui que l'hystérie elle-même est considérée comme une maladie mentale, cette séparation est-elle restée aussi nette, ces deux catégories de malades doivent-elles rester dans les classifications complètement indépendantes l'une de l'autre?

Evidemment non. Il y a, à notre avis, entre les deux groupes les rapports les plus étroits, et c'est pour les avoir méconnus que l'on s'est engagé souvent dans des discussions interminables. D'abord il est impossible de nier qu'un très grand nombre de malades appartiennent simultanément aux deux classes; beaucoup d'hystériques, comme M. Tabaraud[1] et M. Colin[2] l'ont montré par d'excellentes observations, ont des obsessions, des impulsions, des phobies de toutes espèces. Je

[1] Tabaraud. — *Les rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie*, 1888.

[2] H. Colin. — *L'état mental des hystériques*, 1890.

serai même un peu plus affirmatif que ces auteurs, en disant que ces symptômes signalés par eux chez quelques hystériques, existent en réalité, plus ou moins dissimulés, chez presque tous. Ce sont même ces idées fixes, comme M. Charcot l'a établi autrefois, qui rendent compte des accidents de l'hystérie. Inversement, il est assez difficile de rencontrer un psychasthénique qui soit, si l'on peut ainsi dire, un type pur de cette affection et qui ne présente pas des anesthésies plus ou moins nettes, des amnésies au moins transitoires, des actes subconscients, en un mot des symptômes d'hystérie. Il existe même certains symptômes qui sont toujours communs aux deux catégories de malades, ce sont les phénomènes qui dépendent de l'aboulie. Plusieurs personnes se sont étonnées que dans notre travail sur les stigmates mentaux de l'hystérie, nous ayons décrit les troubles de la volonté et de l'attention, les hésitations des mouvements volontaires, l'impuissance de l'attention pour comprendre et retenir les idées comme des stigmates de l'hystérie. Ce sont, disaient-elles, des symptômes appartenant aux aliénés, qui caractérisent certains mélancoliques et surtout les douteurs et les obsédés. Peut-être, car nous n'hésitons pas à reconnaître la justesse d'une critique, n'avons-nous pas dit assez nettement que ce symptôme n'était pas toujours caractéristique de l'hystérie, qu'il devait se présenter d'une manière particulière pour servir au diagnostic de l'hystérie et que, en un mot, c'était un symptôme banal appartenant à beaucoup de maladies mentales[1]? Mais, quoi qu'il en soit, nous ne croyons pas que l'on puisse retirer ce caractère de la description des hystériques, il se retrouve chez ces malades au suprême degré, il joue dans tous les accidents un rôle capital: c'est ici, comme toujours, l'aboulie, c'est-à-dire la diminution de la synthèse actuelle des phénomènes psychologiques qui permet le développement de l'automatisme, c'est-à-dire la reproduction des phénomènes anciens sous la forme des idées fixes et du délire. L'aboulie est un caractère commun aux hystériques et aux psychasthéniques.

Même si l'on compare des phénomènes qui, chez ces deux malades, sont incontestablement différents, on remarquera qu'une analogie essentielle subsiste toujours. Il ne serait pas impossible de ranger les symptômes de ces malades deux par

[1] Nous avons cependant insisté sur ce point à plusieurs reprises. *Stigmates mentaux de l'hystérie*, p. 112, 231.

deux, en montrant qu'à chaque symptôme hystérique correspond un symptôme psychasthénique, non pas identique, mais très analogue dans son mécanisme psychologique. Aux anesthésies correspondent des distractions et des erreurs de sensation, aux amnésies des doutes, aux paralysies des hésitations du mouvement volontaire qui ont été quelquefois confondues avec des délires du contact, aux contractures des idées fixes, aux attaques convulsives certaines attaques d'idées précédées d'une angoisse comme d'une aura, aux somnambulismes mêmes des périodes bizarres où le malade ne se reconnait plus lui-même, trouve sa personnalité changée, etc., etc. Si nous étudions le mécanisme de tous ces phénomènes, nous trouvons, d'un côté comme de l'autre, la diminution de la synthèse et l'émancipation des phénomènes automatiques. Il nous parait donc impossible de séparer complètement ces deux maladies; nous pensons qu'elles font partie toutes deux d'une vaste classe de maladies mentales très voisines les unes des autres et que nous avons proposé d'appeler les maladies de désagrégation mentale. « Nous sommes disposés à croire, disions-nous autrefois, que les phénomènes d'automatisme et de désagrégation dépendent d'un état qui est maladif, mais qui n'est pas uniquement hystérique. Cet état serait au contraire plus large de beaucoup que l'hystérie; il comprendrait les symptômes hystériques parmi ses manifestations, mais il se révélerait aussi par les idées fixes, les impulsions, les anesthésies dues à la distraction, l'écriture automatique et enfin le somnambulisme lui-même[1] ». Nous sommes heureux de nous trouver d'accord sur ce point avec plusieurs autres auteurs qui ont aussi affirmé cette relation des deux maladies. « *La majeure partie des hystériques, pour ne pas dire toutes,* écrivait M. Legrain, *sont des héréditaires dégénérées.* » Et M. Tabaraud ajoutait : « *De là à dire que l'hystérie fait en quelque sorte partie de la dégénérescence, qu'elle doit en être considérée pour ainsi dire comme un des syndromes, il n'y a qu'un pas*[2]. » « La dégénérescence mentale et l'hystérie, disait aussi M. Roubinovitch dans un travail présenté à la Société médico-psychologique, paraissent avoir une affinité mutuelle... l'hystérie parait être ainsi le résultat d'une évolution logique de la dégénérescence.[3] » L'assimilation de l'hys-

[1] *Automatisme psychologique*, p. 451.
[2] Tabaraud, *op. cit.*, p. 28.
[3] *Annales médico-psychologiques*, 1892, t. II, p. 143.

térie et de la psychasthénie a frappé tous ceux qui ont étudié la nature psychologique de ces deux maladies mentales.

Rapprocher et classer ce n'est pas confondre, bien au contraire; nous n'avons pas l'intention d'assimiler entièrement une hystérique simple avec ses anesthésies, ses attaques et ses contractures à un psychasthénique qui ne présente que des doutes, des impulsions et des idées fixes. Il n'y a pas entre ces deux catégories de faits la grande différence que l'on supposait autrefois en disant que les premiers étaient des phénomènes physiques et les autres des phénomènes moraux; en réalité, ces faits sont aussi psychologiques les uns que les autres, mais des différences importantes peuvent exister même entre des faits psychologiques. Le défaut de synthèse mentale, la désagrégation de l'esprit ne se présente pas de la même manière dans les deux cas. Dans l'hystérie les phénomènes psychiques ne pouvant plus être complètement réunis se séparent nettement en plusieurs groupes à peu près indépendants l'un de l'autre. La personnalité ne peut percevoir tous les phénomènes, elle en sacrifie définitivement quelques-uns, c'est une sorte d'autotomie et ces phénomènes abandonnés se développent isolément sans que le sujet ait connaissance de leur activité. Aussi l'anesthésie est nette, l'amnésie est absolue, l'attaque et le somnambulisme se distinguent bien de la veille, les idées fixes ne sont pas exprimées, ni même connues par le sujet. Le délire existe dans la tête du sujet sans qu'il s'en rende compte et pendant qu'il continue à avoir un langage très raisonnable. Une hystérique crache tous ses aliments dès qu'elle les met dans sa bouche, elle paraît faire raisonnablement tous ses efforts pour manger et rejeter ses aliments malgré elle sans aucune intention, ni pensée de sa part; on croit en la voyant et elle croit elle-même qu'il s'agit d'un trouble de la déglutition et d'un accident simplement physique, on serait mal venu à déclarer qu'elle est folle. Cependant elle est en plein délire, depuis sa dernière attaque elle rêve continuellement que sa mère, du haut du ciel, l'invite à venir la rejoindre et lui commande de mourir de faim le plus tôt possible, et c'est uniquement ce délire qui provoque le vomissement. Mais ce délire est séparé de la conscience normale, il est subconscient, ignoré par les assistants et par le sujet lui-même. « Les hystériques, disaient MM. Breuer et Freud, sont raisonnables dans leur état éveillé et aliénées dans

leur état hypnoïde [1]. » C'est cette séparation nette des phénomènes psychiques que l'on peut exprimer d'une manière schématique en disant que dans l'hystérie il y a formation de deux personnalités indépendantes; la désagrégation prend la forme du dédoublement de la personnalité.

Il en est tout autrement chez les psychasthéniques, la désagrégation mentale ne s'est pas faite de la même manière : il semble que la personnalité ne se soit pas résignée aux sacrifices nécessaires et qu'elle n'abandonne qu'en partie les phénomènes à leur développement automatique. Il n'y a plus d'anesthésie et d'amnésie bien nettes, elles sont toujours incomplètes et prennent la forme d'une distraction et d'un doute continuel. Au lieu de passer d'une idée à une autre avec une facilité extrême en oubliant totalement l'idée précédente, le psychasthénique reste toujours indécis entre les différentes idées. Les délires, malheureusement pour le malade, ne restent pas subconscients, ils envahissent à chaque instant la conscience, se mêlent avec les autres idées et produisent un trouble général de la pensée beaucoup plus considérable. Aussi cette malade qui vient se plaindre en gémissant parce qu'elle pense malgré elle à tromper son mari et qu'elle est obsédée par cette idée continuelle, nous paraît beaucoup plus folle que l'hystérique qui vomit. Le sujet lui-même se sent beaucoup plus malade et n'a jamais la belle indifférence des hystériques. Quelquefois, quoique plus rarement, la désagrégation va chez ce malade jusqu'à la formation de personnalités différentes, mais elles ne sont jamais indépendantes comme chez l'hystérique. Le malade sent ce développement d'une autre personnalité en lui-même et il parle sans cesse de possession, tandis que l'hystérique la plus dédoublée, la plus possédée, en réalité ignore le plus souvent cette division de son esprit.

Nous ne pouvons étudier ici cette nouvelle forme de la désagrégation mentale qui caractérise le psychasthénique, ni montrer son degré de gravité et ses conséquences. Il nous suffit de faire remarquer qu'elle est différente de celle qui a été constatée chez les hystériques. Nous pouvons donc conclure comme M. Colin [2] que « l'hystérie a sa place marquée au soleil et qu'elle a des règles qui lui sont propres ». Il n'est pas né-

[1] Breuer et Freud, *op. cit.*, p. 8.

[2] Colin, *op. cit.*

cessaire de nier le caractère moral de l'hystérie pour lui conserver sa place, il suffit de distinguer les maladies mentales les unes des autres.

Nous avons élargi sur un point le concept de l'hystérie en lui rattachant les somnambulismes et les actes subconscients, mais nous avons limité l'étude de cette maladie en la distinguant des délires et des aliénations qui paraissent le plus s'en rapprocher. La désagrégation mentale est plus permanente dans l'hystérie que dans les délires, elle est beaucoup plus complète dans cette maladie que dans les états psychasthéniques.

Conclusion.

Nous n'avons pas à insister dans ce travail sur l'étiologie ni sur l'évolution de l'hystérie, il suffit de rappeler des notions bien établies. L'hérédité pathologique joue dans l'hystérie comme dans toutes les autres maladies mentales un rôle absolument prépondérant[1], et en prenant le mot dans le sens large, dans le sens de Morel nous pouvons dire que cette affection est une maladie de dégénérescence. Un très grand nombre de circonstances jouent le rôle « d'agents provocateurs » et viennent manifester par des accidents cette prédisposition latente : ce sont les hémorrhagies[2], les maladies anémiantes et chroniques, les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde en particulier et dans certains cas les auto-intoxications[3], les maladies organiques du système nerveux[4], les diverses intoxications[5], les shocks physiques ou moraux[6], le surmenage qu'il soit également physique ou moral[7], les émotions pénibles et surtout une suite d'émotions de ce genre qui

[1] Briquet, *op. cit.*, p. 84. Georges Guinon, *les agents provocateurs de l'hystérie*, 1889, p. 285, Pitres, *op. cit.*, t. I, p. 16, etc.

[2] Briquet, p. 111. Guinon, p. 121.

[3] Guinon, p. 77. Dutil. — *Hystérie et neurasthénie associées. Gazette médicale de Paris*, 1889, p. 29.

[4] Guinon, p. 218. — Souques. *Syndromes hystériques simulateurs*, 1861, p. 51. — Babinsky. *Association de l'hystérie avec les maladies organiques du syst. nerv.* (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôpitaux*, 11 nov. 1892.)

[5] Guinon, p. 136, et s. q.

[6] Charcot. — *Mal. du syst. nerv.*, t. III, p. 269. Guinon, p. 263.

[7] Dutil, *op. cit.*, p. 27. — Souques, *op. cit.*, p. 17. — Jolly, *op. cit.*, p. 9.

se succèdent et dont les effets s'additionnent [1], etc. Il est facile de voir que tous ces agents provocateurs ont le même caractère, ils affaiblissent l'organisme et augmentent la dépression du système nerveux. Il est un âge surtout qui est à ce point de vue particulièrement critique, c'est l'âge de la puberté. Nous ne parlons pas seulement de la puberté physique qui a cependant une grande influence, mais d'un état qui vient un peu plus tard et que l'on pourrait appeler justement la puberté morale. Il est un âge légèrement variable suivant les pays et les milieux où tous les plus grands problèmes de la vie se posent simultanément, le choix d'une carrière et le souci de gagner son pain, tous les problèmes de l'amour et pour quelques-uns tous les problèmes religieux; voilà des préoccupations qui envahissent l'esprit des jeunes gens et qui absorbent complètement leur faible force de pensée. Ces mille influences manifestent une *insuffisance psychologique* qui reste latente pendant les périodes moins difficiles. Dans un esprit prédisposé par des influences héréditaires, cette insuffisance psychologique se développe, se constitue d'une manière particulière et se manifeste par l'ensemble des symptômes qu'on appelle l'hystérie.

Le mot « hystérie » doit être conservé, il serait bien difficile aujourd'hui de le modifier [2], et vraiment, ce nom a une si grande et si belle histoire, qu'il serait pénible d'y renoncer. Si l'étymologie embarrassait trop, il vaudrait mieux, comme disait très bien M. Charcot, modifier le mot « utérus » plutôt que le mot « hystérie ». Mais puisque chaque époque lui a donné un sens différent, cherchons la signification qu'il a aujourd'hui pour quelques auteurs.

Pour essayer de résumer ce que nous avons emprunté à toutes ces études récentes sur l'hystérie, il suffit de réunir les conclusions de nos précédents paragraphes. « *L'hystérie*, pouvons-nous dire, *est une maladie mentale appartenant au groupe considérable des maladies de dégénérescence, elle n'a que des symptômes physiques assez vagues consistant surtout dans une diminution générale de la nutrition, elle est surtout caractérisée par des symptômes moraux; le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique, un rétrécissement du champ de la conscience; un certain nombre de phénomènes élémentaires, sensations et images, cessent d'être*

[1] Guinon, p. 11. Breuer et Freud, *op. cit.*, p. 3.

[2] Mœbius, *op. cit.*, p. 1.

perçues et paraissent supprimés de la perception personnelle, ce qui constitue les stigmates; il en résulte une tendance à la division permanente et complète de la personnalité, à la formation de plusieurs groupes de phénomènes indépendants les uns des autres; ces systèmes de faits psychologiques alternent les uns à la suite des autres ou coexistent, ce qui donne naissance aux attaques, aux somnambulismes, aux actes subconscients; enfin ce défaut de synthèse favorise la formation de certaines idées parasites qui se développent complètement et indépendamment à l'abri du contrôle de la conscience personnelle et qui se manifestent par les troubles les plus variés, d'apparence uniquement physique, c'est-à-dire par les accidents. » Si on veut résumer en deux mots cette définition un peu complexe, on dira : « *L'hystérie est une forme de la désagrégation mentale, caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité.* »

Qu'il nous soit permis de répéter encore en terminant ce que nous disions au début. Une définition de ce genre n'a pas la prétention d'expliquer les phénomènes, mais simplement d'en résumer le plus grand nombre possible. Elle sera vite, nous le désirons, remplacée par une définition plus compréhensive qui contiendra tous les faits précédents et y ajoutera encore d'autres phénomènes, tels que les modifications physiologiques qui accompagnent cette insuffisance cérébrale. Nous espérons seulement que cette définition toute provisoire pourra maintenant rendre quelques services et préciser un peu les remarques innombrables faites depuis longtemps par les médecins et les psychologues sur l'état mental des hystériques.

CLINIQUE NERVEUSE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS POUR UNE ÉTUDE COMPARATIVE DES PARALYSIES MOTRICES ORGANIQUES ET HYSTÉRIQUES;

Par le Dr SIGM. FREUD, de Vienne (Autriche).

M. Charcot, dont j'ai été l'élève en 1885 et 1886, a bien voulu, à cette époque, me confier le soin de faire une étude

comparative des paralysies motrices organiques et hystériques, basée sur les observations de la Salpêtrière, qui pourrait servir à saisir quelques caractères généraux de la névrose et conduire à une conception sur la nature de cette dernière. Des causes accidentelles et personnelles m'ont empêché pendant longtemps d'obéir à son inspiration ; aussi je ne veux apporter maintenant que quelques résultats de mes recherches, laissant à côté les détails nécessaires pour une démonstration complète de mes opinions.

I. — Il faudra commencer par quelques remarques sur les paralysies motrices organiques, d'ailleurs généralement admises. La clinique nerveuse reconnait deux sortes de paralysies motrices, la paralysie *périphéro-spinale* (ou bulbaire) et la paralysie *cérébrale*. Cette distinction est parfaitement en accord avec les données de l'anatomie du système nerveux qui nous montrent qu'il n'y a que deux segments sur le parcours des fibres motrices conductrices, le premier qui va de la périphérie jusqu'aux cellules des cornes antérieures dans la moelle, et le second qui va de là jusqu'à l'écorce cérébrale. La nouvelle histologie du système nerveux, fondée sur les travaux de Golgi, Ramón y Cajal, Kölliker, etc., traduit ce fait par les mots : « le trajet des fibres de conduction motrices est constitué par deux *neuron* (unités nerveuses cellulo-fibrillaires), qui se rencontrent pour entrer en relation au niveau des cellules dites motrices des cornes antérieures. » La différence essentielle de ces deux sortes de paralysies, en clinique, est la suivante : *La paralysie périphéro-spinale est une paralysie détaillée, la paralysie cérébrale est une paralysie en masse.* Le type de la première est la paralysie faciale dans la maladie de Bell, la paralysie dans la poliomyélite aiguë de l'enfance, etc. Or, dans ces affections, chaque muscle, on pourrait dire chaque fibre musculaire, peut être paralysée individuellement et isolément. Cela ne dépend que du siège et de l'étendue de la lésion nerveuse, et il n'y a pas de règle fixe pour que l'un des éléments périphériques échappe à la paralysie, tandis que l'autre en souffre d'une manière constante.

La paralysie cérébrale, au contraire, est toujours une affection qui attaque une grande partie de la périphérie, une extrémité, un segment de celle-ci, un appareil moteur compliqué. Jamais elle n'affecte un muscle individuellement, par exemple le biceps du bras, le tibial isolément, etc., et s'il y a des excep-

tions apparentes à cette règle (le ptosis cortical, par exemple), on voit bien qu'il s'agit de muscles qui, à eux seuls, remplissent une fonction de laquelle ils sont l'instrument unique.

Dans les paralysies cérébrales des extrémités, on peut remarquer que les segments périphériques souffrent toujours plus que les segments rapprochés du centre; la main, par exemple, est plus paralysée que l'épaule. Il n'y a pas, que je sache, une paralysie cérébrale isolée de l'épaule, la main conservant sa motilité, tandis que le contraire est la règle dans les paralysies qui ne sont pas complètes.

Dans une étude critique sur l'aphasie, publiée en 1891, *Zur Auffassung der Aphasien*, *Wien*, 1891, j'ai tâché de montrer que la cause de cette différence importante entre la paralysie périphéro-spinale et la paralysie cérébrale doit être cherchée dans la structure du système nerveux. Chaque élément de la périphérie correspond à un élément dans l'axe gris, qui est, comme le dit M. Charcot, son aboutissant nerveux; la périphérie est pour ainsi dire projetée sur la substance grise de la moelle, point pour point, élément pour élément. J'ai proposé de dénommer la paralysie détaillée périphéro-spinale, *paralysie de projection*. Mais il n'en est pas de même pour les relations entre les éléments de la moelle et ceux de l'écorce. Le nombre des fibres conductrices ne suffirait plus pour donner une seconde projection de la périphérie sur l'écorce. Il faut supposer que les fibres qui vont de la moelle à l'écorce ne représentent plus chacune un seul élément périphérique, mais plutôt un groupe de ceux-ci et que même, d'autre part, un élément périphérique peut correspondre à plusieurs fibres conductrices spino-corticales. C'est qu'il y a un changement d'arrangement qui a eu lieu au point de connexion entre les deux segments du système moteur.

Alors, je dis la reproduction de la périphérie dans l'écorce n'est plus une reproduction fidèle point par point, n'est plus une projection véritable; c'est une relation par des fibres, pour ainsi dire représentatives et je propose, pour la paralysie cérébrale, le nom de *paralysie de représentation.*

Naturellement, quand la paralysie de projection est totale et d'une grande étendue, elle est aussi une paralysie en masse, et son grand caractère distinctif est effacé. D'autre part, la paralysie corticale, qui se distingue parmi les paralysies cérébrales par sa plus grande aptitude à la dissociation, présente

cependant toujours le caractère d'une paralysie par représentation.

Les autres différences entre les paralysies de projection et de représentation sont bien connues ; je cite parmi elles l'intégrité de la nutrition et de la réaction électrique qui se rattache à la dernière. Bien que très importants dans la clinique, ces signes n'ont pas la portée théorique qu'il faut attribuer au premier caractère différentiel que nous avons relevé, à savoir : paralysie *détaillée* ou en *masse*.

On a assez souvent attribué à l'hystérie la faculté de *simuler* les affections nerveuses organiques les plus diverses. Il s'agit de savoir si d'une façon plus précise elle simule les caractères des deux sortes de paralysies organiques, s'il y a des paralysies hystériques de projection et des paralysies hystériques de représentation, comme dans la symptomatologie organique. Ici, un premier fait important se détache : l'hystérie ne simule jamais les paralysies périphéro-spinales ou de projection ; les paralysies hystériques partagent seulement les caractères des paralysies organiques de représentation. C'est là un fait bien intéressant, puisque la paralysie de Bell, la paralysie radiale, etc., sont parmi les affections les plus communes du système nerveux.

Il est bon de faire observer ici, de manière à éviter toute confusion, que je ne traite que de la paralysie hystérique flasque et non de la contracture hystérique. Il me paraît impossible de soumettre la paralysie et la contracture hystériques aux mêmes règles. Ce n'est que des paralysies hystériques flasques qu'on peut soutenir qu'elles n'affectent jamais un seul muscle, excepté le cas où ce muscle est l'instrument unique d'une fonction, qu'elles sont toujours des paralysies en masse, et qu'elles correspondent sous ce rapport à la paralysie de représentation, ou cérébrale organique. En outre, en ce qui concerne la nutrition des parties paralysées et leurs reactions électriques, la paralysie hystérique présente les mêmes caractères que la paralysie cérébrale organique.

Si la paralysie hystérique se rattache ainsi à la paralysie cérébrale et particulièrement à la paralysie corticale, qui présente une plus grande facilité de dissociation, elle ne manque pas de s'en distinguer par des caractères importants. D'abord elle n'est pas soumise à cette règle, constante dans les paralysies cérébrales organiques, à savoir que le segment périphé-

rique est toujours plus affecté que le segment central. Dans l'hystérie, l'épaule ou la cuisse peuvent être plus paralysées que la main ou le pied. Les mouvements peuvent venir dans les doigts tandis que le segment central est encore absolument inerte. On n'a pas la moindre difficulté de produire artificiellement une paralysie isolée de la cuisse, de la jambe, etc., et on peut assez souvent retrouver, en clinique, ces paralysies isolées, en contradiction avec les règles de la paralysie organique cérébrale.

Sous ce rapport important, la paralysie hystérique est pour ainsi dire intermédiaire entre la paralysie de projection et la paralysie de représentation organique. Si elle ne possède pas tous les caractères de dissociation et d'isolement propres à la première, elle n'est pas, tant s'en faut, sujette aux strictes lois qui régissent la dernière, la paralysie cérébrale. Ces restrictions faites, on peut soutenir que la paralysie hystérique est aussi une paralysie de représentation, mais d'une représentation spéciale dont la caractéristique reste à trouver[1].

II. — Pour avancer dans cette direction, je me propose d'étudier les autres traits distinctifs entre la paralysie hystérique et la paralysie corticale, type le plus parfait de la paralysie cérébrale organique. Le premier de ces caractères distinctifs, nous l'avons déjà mentionné, c'est que la paralysie hystérique, peut être beaucoup plus dissociée, systématisée que la paralysie cérébrale. Les symptômes de la paralysie organique se retrouvent comme morcelés dans l'hystérie. De l'hémiplégie commune organique (paralysie des membres supérieur et inférieur et du facial inférieur) l'hystérie ne reproduit que la paralysie des membres et dissocie même assez souvent, et avec la plus grande facilité, la paralysie du bras de celle de la jambe sous forme de monoplégies. Du syndrome de l'aphasie

[1] Chemin faisant, je ferai remarquer que ce caractère important de la paralysie hystérique de la jambe que M. Charcot a relevé d'après Todd, à savoir que l'hystérique traîne la jambe comme une masse morte au lieu d'exécuter la circumduction avec la hanche que fait l'hémiplégique ordinaire, s'explique facilement par la propriété de la névrose que j'ai mentionné. Pour l'hémiplégie organique, la partie centrale de l'extrémité est toujours un peu indemne, le malade peut remuer la hanche et il en fait usage pour ce mouvement de circumduction, qui fait avancer la jambe. Dans l'hystérie, la partie centrale (la hanche) ne jouit pas de ce privilège, la paralysie y est aussi complète que dans la partie périphérique et en conséquence, la jambe doit être traînée en masse.

organique, elle reproduit l'aphasie motrice à l'état d'isolement, et ce qui est chose inouïe dans l'aphasie organique, elle peut créer une aphasie totale (motrice et sensitive) pour telle langue, sans attaquer le moins du monde la faculté de comprendre et d'articuler telle autre, comme je l'ai observé dans quelques cas inédits. Ce même pouvoir de dissociation se manifeste dans les paralysies isolées d'un segment de membre avec intégrité complète des autres parties du même membre, ou encore dans l'abolition complète d'une fonction (abasie, astasie) avec intégrité d'une autre fonction exécutée par les mêmes organes. Cette dissociation est d'autant plus frappante, quand la fonction respectée est la plus complexe. Dans la symptomatologie organique, quand il y a affaiblissement inégal de plusieurs fonctions, c'est toujours la fonction la plus complexe, celle d'une acquisition postérieure, qui est la plus atteinte en conséquence de la paralysie.

La paralysie hystérique présente de plus un autre caractère qui est comme la signature de la névrose et qui vient s'ajouter au premier. En effet, comme je l'ai entendu dire à M. Charcot, l'hystérie est une maladie à manifestations excessives, ayant une tendance à produire ses symptômes avec la plus grande intensité possible. C'est un caractère qui ne se montre pas seulement dans les paralysies, mais aussi dans les contractures et les anesthésies. On sait jusqu'à quel degré de distorsion peuvent aller les contractures hystériques, qui sont presque sans égales dans la symptomatologie organique. On sait aussi combien sont fréquentes dans l'hystérie les anesthésies absolues, profondes, dont les lésions organiques ne peuvent reproduire qu'une faible esquisse. Il en est de même pour les paralysies. Elles sont souvent on ne peut plus absolues; l'aphasique ne profère pas un mot, tandis que l'aphasique organique garde presque toujours quelques syllabes, le « oui et non », un juron, etc.; le bras paralysé est absolument inerte, etc. Ce caractère est trop bien connu pour y persister longuement. Au contraire, on sait que, dans la paralysie organique, la parésie est toujours plus fréquente que la paralysie absolue.

La paralysie hystérique est donc d'une *limitation exacte* et d'une *intensité excessive;* elle possède ces deux qualités à la fois et c'est en cela qu'elle contraste le plus avec la paralysie cérébrale organique, dans laquelle, d'une manière constante,

ces deux caractères ne s'associent pas. Il existe aussi des monoplégies dans la symptomatologie organique, mais celles-ci sont presque toujours des monoplégies *a potiori* et non exactement délimitées. Si le bras se trouve paralysé en conséquence d'une lésion corticale organique, il y a presque toujours aussi atteinte concomitante moindre du facial et de la jambe, et si cette complication ne se voit plus à un moment donné, elle a cependant bien existé au commencement de l'affection. La monoplégie corticale est, à vrai dire, toujours une hémiplégie dont telle ou telle partie est plus ou moins effacée, mais toujours reconnaissable. Pour aller plus loin, supposons que la paralysie n'ait affecté aucune autre partie que le bras, que ce soit une monoplégie corticale pure; alors on voit que la paralysie est d'une intensité modérée. Aussitôt que cette monoplégie augmentera en intensité, qu'elle deviendra une paralysie absolue, elle perdra son caractère de monoplégie pure et s'accompagnera de troubles moteurs dans la jambe ou la face. *Elle ne peut pas devenir absolue et restée délimitée à la fois.*

C'est ce que la paralysie hystérique peut, au contraire, fort bien réaliser, comme la clinique le montre chaque jour. Elle affecte par exemple le bras d'une façon exclusive, on n'en trouve pas trace dans la jambe ou la face. De plus, au niveau du bras, elle est aussi forte qu'une paralysie peut l'être, et c'est là une différence frappante avec la paralysie organique, différence qui prête grandement à penser.

Naturellement, il y a des cas de paralysie hystérique dans lesquels l'intensité n'est pas excessive et où la dissociation n'offre rien de remarquable. Ceux-ci, on les reconnaît au moyen d'autres caractères; mais ce sont des cas qui ne portent pas l'empreinte typique de la névrose et qui, ne pouvant en rien nous renseigner sur sa nature ne présentent point d'intérêt au point de vue qui nous occupe ici.

Ajoutons quelques remarques d'une importance secondaire, qui même dépassent un peu les limites de notre sujet.

Je constaterai d'abord que les paralysies hystériques s'accompagnent beaucoup plus souvent de troubles de la sensibilité que les paralysies organiques. En général, ceux-ci sont plus profonds et plus fréquents dans la névrose que dans la symptomatologie organique. Rien de plus commun que l'anesthésie ou l'analgésie hystérique. Qu'on se rappelle par contre avec quelle ténacité la sensibilité persiste en cas de lésion nerveuse.

Si l'on sectionne un nerf périphérique, l'anesthésie sera moindre en étendue et intensité qu'on ne s'y attend. Si une lésion inflammatoire attaque les nerfs spinaux ou les centres de la moelle, on trouvera toujours que la motilité souffre en premier lieu et que la sensibilité est épargnée ou seulement affaiblie, car il persiste toujours quelque part des éléments nerveux qui ne sont pas complètement détruits. En cas de lésion cérébrale, on connaît la fréquence et la durée de l'hémiplégie motrice, tandis que l'hémianesthésie concomitante est indistincte, fugace et ne se trouve pas dans tous les cas. Il n'y a que quelques localisations tout à fait spéciales qui puissent produire une affection de la sensibilité intense et durable (carrefour sensitif), et même ce fait n'est pas exempt de doutes.

Cette manière d'être de la sensibilité, différente dans les lésions organiques et dans l'hystérie, n'est guère explicable aujourd'hui. Il semble qu'il y ait là un problème dont la solution nous renseignerait peut-être sur la nature intime des choses.

Un autre point qui me paraît digne d'être relevé, c'est qu'il y a quelques formes de paralysie cérébrale qui ne se trouvent pas réalisées dans l'hystérie, pas plus que les paralysies périphéro-spinales de projection. Il faut citer en premier lieu la paralysie du facial inférieur, la manifestation la plus fréquente d'une affection organique du cerveau et, si je me permets de passer dans les paralysies sensorielles pour un moment, l'hémianopsie latérale homonyme. Je sais que c'est presque une gageure que de vouloir affirmer que tel ou tel symptôme ne se trouve pas dans l'hystérie, quand les recherches de M. Charcot et de ses élèves y découvrent, on pourrait dire journellement, des symptômes nouveaux qu'on n'avait point soupçonnés jusque-là. Mais il me faut prendre les choses comme elles sont actuellement. La paralysie faciale hystérique est fortement contestée par M. Charcot et même, si on croit ceux qui en sont partisans, c'est un phénomène d'une grande rareté. L'hémianopsie n'a pas encore été vue dans l'hystérie et, je pense, elle ne le sera jamais.

Maintenant, d'où vient-il que les paralysies hystériques, tout en simulant de près les paralysies corticales, s'en écartent par les traits distinctifs que j'ai tâché d'énumérer, et quel est le caractère général de la représentation spéciale auquel il faut les rattacher? La réponse à cette question contiendrait une bonne et importante partie de la théorie de la névrose.

III. — Il n'y a pas le moindre doute sur les conditions qui dominent la symptomatologie de la paralysie cérébrale. Ce sont les faits de l'anatomie, la construction du système nerveux, la distribution de ses vaisseaux et la relation entre ces deux séries de faits et les circonstances de la lésion. Nous avons dit que le nombre moindre des fibres qui vont de la moelle au cortex en comparaison avec le nombre des fibres qui vont de la périphérie à la moelle, est la base de la différence entre la paralysie de projection et celle de représentation. De même, chaque détail clinique de la paralysie de représentation peut trouver son explication dans un détail de la structure cérébrale et *vice versa* nous pouvons déduire la construction du cerveau des caractères cliniques des paralysies. Nous croyons à un parallélisme parfait entre ces deux séries.

Ainsi s'il n'y a pas une grande facilité de dissociation pour la paralysie cérébrale commune, c'est parce que les fibres de conduction motrices sont trop rapprochées sur une longue partie de leur trajet intracérébral pour être lésées isolément. Si la paralysie corticale montre plus de tendance aux monoplégies, c'est parce que le diamètre du faisceau conducteur brachial, crural, etc., va en croissant jusqu'à l'écorce. Si de toutes les paralysies corticales celle de la main est la plus complète, cela vient, croyons-nous, du fait, que la relation croisée entre l'hémisphère et la périphérie est plus exclusive pour la main que pour toute autre partie du corps. Si le segment périphérique d'une extrémité souffre plus de la paralysie que le segment central, nous supposons que les fibres représentatives du segment périphérique sont beaucoup plus nombreuses que celles du segment central, de sorte que l'influence corticale devient plus importante pour le premier qu'elle n'est pour le dernier. Si les lésions un peu étendues de l'écorce ne réussissent pas à produire des monoplégies pures, nous en concluons que les centres moteurs sur l'écorce ne sont pas nettement séparés les uns des autres par des territoires neutres, ou qu'il y a des actions en distance (Fernwirkungen) qui annuleraient l'effet d'une séparation exacte des centres.

De même s'il y a dans l'aphasie organique, toujours un mélange de troubles de diverses fonctions, ça s'explique par le fait que des branches de la même artère nourrissent tous les centres du langage, ou si l'on accepte l'opinion énoncée dans mon étude critique sur l'aphasie, parce qu'il ne s'agit pas de

centres séparés, mais d'un territoire continu d'association. En tout cas, il existe toujours une raison tirée de l'anatomie.

Les associations remarquables qu'on observe si souvent dans la clinique des paralysies corticales : aphasie motrice et hémiplégie droite, alexie et hémianopsie droite, s'expliquent par le voisinage des centres lésés. L'hémianopsie même, symptôme bien curieux et étranger à l'esprit non scientifique, ne se comprend que par l'entre-croisement des fibres du nerf optique dans le chiasma; elle en est l'expression clinique, comme tous les détails des paralysies cérébrales sont l'expression clinique d'un fait anatomique.

Comme il ne peut y avoir qu'une seule anatomie cérébrale qui soit la vraie et comme elle trouve son expression dans les caractères cliniques des paralysies cérébrales, il est évidemment impossible que cette anatomie puisse expliquer les traits distinctifs de la paralysie hystérique. Pour cette raison, il n'est pas permis de tirer au sujet de l'anatomie cérébrale des conclusions basées sur la symptomatologie de ces paralysies.

Assurément il faut s'adresser à la nature de la lésion pour obtenir cette explication difficile. Dans les paralysies organiques, la nature de la lésion joue un rôle secondaire, ce sont plutôt l'étendue et la localisation de la lésion, qui dans les conditions données de structure du système nerveux produisent les caractères de la paralysie organique, que nous avons relevés. Quelle pourrait être la nature de la lésion dans la paralysie hystérique, qui à elle seule domine la situation, indépendamment de la localisation, de l'étendue de la lésion et de l'anatomie du système nerveux ?

M. Charcot nous a enseigné assez souvent que c'est une lésion corticale mais purement dynamique ou fonctionnelle.

C'est une thèse dont on comprend bien le côté négatif. Cela équivaut à affirmer qu'on ne trouvera pas de changements de tissus appréciables à l'autopsie ; mais à un point de vue plus positif, son interprétation est loin d'être à l'abri de l'équivoque. Qu'est-ce donc qu'une lésion dynamique? Je suis bien sûr que beaucoup de ceux qui lisent les œuvres de M. Charcot, croient que la lésion dynamique est bien une lésion, mais une lésion dont on ne retrouve pas la trace dans le cadavre, comme un œdéme, une anémie, une hypérémie active. Mais ce sont là, bien qu'elles ne persistent pas nécessairement après la mort, des lésions organiques vraies, qu'elles soient légères et fugaces.

Il est nécessaire que les paralysies produites par les lésions de cet ordre, partagent en tout les caractères de la paralysie organique. L'œdème, l'anémie ne pourraient, plutôt que l'hémorragie et le ramollissement, produire la dissociation et l'intensité des paralysies hystériques. La seule différence serait que la paralysie par l'œdème, par la constriction vasculaire etc., doit être moins durable que la paralysie par destruction du tissu nerveux. Toutes les autres conditions leur sont communes et l'anatomie du système nerveux déterminera les propriétés de la paralysie aussi bien dans le cas d'anémie fugace que dans le cas d'anémie permanente et définitive.

Je ne crois pas que ces remarques soient tout à fait gratuites. Si on lit « qu'il doit y avoir une lésion hystérique » dans tel ou tel centre, le même dont la lésion organique produirait le syndrome organique correspondant, si l'on se souvient qu'on s'est habitué à localiser la lésion hystérique dynamique de même manière que la lésion organique, on est porté à croire que sous l'expression « lésion dynamique » se cache l'idée d'une lésion comme l'œdème, l'anémie, qui, en vérité, sont des affections organiques passagères. J'affirme par contre que la lésion des paralysies hystériques doit être tout à fait indépendante de l'anatomie du système nerveux, puisque *l'hystérie se comporte dans ses paralysies et autres manifestations comme si l'anatomie n'existait pas, ou comme si elle n'en avait nulle connaissance.*

Un bon nombre des caractères des paralysies hystériques justifient en vérité cette affirmation. L'hystérie est ignorante de la distribution des nerfs et c'est pour cette raison qu'elle ne simule pas les paralysies périphéro-spinales ou de projection ; elle ne connaît pas le chiasma des nerfs optiques et conséquemment elle ne produit pas l'hémaniopsie. Elle prend les organes dans le sens vulgaire, populaire du nom qu'ils portent : la jambe est la jambe jusqu'à l'insertion de la hanche, le bras est l'extrémité supérieure comme elle se dessine sous les vêtements. Il n'y a pas de raison pour joindre à la paralysie du bras la paralysie de la face. L'hystérique qui ne sait pas parler n'a pas de motif pour oublier l'intelligence du langage, puisque aphasie motrice et surdité verbale n'ont aucune parenté dans la notion populaire, etc. Je ne peux que m'associer pleinement sur ce point aux vues que M. Janet a avancées dans les derniers numéros des *Archives de Neurologie ;* les paralysies hys-

tériques en donnent la preuve aussi bien que les anesthésies et les symptômes psychiques.

IV. — Je tâcherai enfin de développer *comment pourrait être* la lésion qui est la cause des paralysies hystériques. Je ne dis pas que je montrerai comment elle en fait; il s'agit seulement d'indiquer la ligne de pensée qui peut conduire à une conception qui ne contredit pas aux propriétés de la paralysie hystérique, en tant qu'elle diffère de la paralysie organique cérébrale.

Je prendrai le mot « lésion fonctionnelle ou dynamique » dans son sens propre : « altération de fonction ou de dynamisme » ; altération d'une propriété fonctionnelle. Une telle altération serait par exemple une diminution de l'excitabilité ou d'une qualité physiologique qui dans l'état normal reste constante ou varie dans des limites déterminées.

Mais dira-t-on, l'altération fonctionnelle n'est pas autre chose, elle n'est qu'un autre côté de l'altération organique. Supposons que le tissu nerveux soit dans un état d'anémie passagère, son excitabilité sera diminuée par cette circonstance, il n'est pas possible d'éviter d'envisager les lésions organiques par ce moyen.

J'essaierai de montrer qu'il peut y avoir altération fonctionnelle sans lésion organique concomitante, sans lésion grossière palpable du moins, même au moyen de l'analyse la plus délicate. En d'autres termes, je donnerai un exemple approprié d'une altération de fonction primitive; je ne demande pour cela que la permission de passer sur le terrain de la psychologie, qu'on ne saurait éviter quand on traite de l'hystérie.

Je dis avec M. Janet, que c'est la conception banale, populaire des organes et du corps en général, qui est en jeu dans les paralysies hystériques comme dans les anesthésies, etc. Cette conception n'est pas fondée sur une connaissance approfondie de l'anatomie nerveuse mais sur nos perceptions tactiles et surtout visuelles. Si elle détermine les caractères de la paralysie hystérique, celle-là doit bien se montrer ignorante et indépendante de toute notion de l'anatomie du système nerveux. La lésion de la paralysie hystérique sera donc une altération de la conception, de l'idée de bras, par exemple. Mais de quelle sorte est cette altération pour produire la paralysie?

Considérée psychologiquement la paralysie du bras consiste dans le fait que la conception du bras ne peut pas entrer en association avec les autres idées qui constituent le moi dont le corps de l'individu forme une partie importante. La lésion serait donc *l'abolition de l'accessibilité associative de la conception du bras.* Le bras se comporte comme s'il n'existait pas pour le jeu des associations. Assurément si les conditions matérielles, qui correspondent à la conception du bras, se trouvent profondément altérées, cette conception sera perdue aussi, mais j'ai à montrer qu'elle peut être inaccessible sans qu'elle soit détruite et sans que son substratum matériel (le tissu nerveux de la région correspondante de l'écorce) soit endommagé.

Je commencerai par des exemples tirés de la vie sociale. On raconte l'histoire comique d'un sujet loyal qui ne voulut plus laver sa main, parce que son souverain l'avait touchée. La relation de cette main avec l'idée du roi semble si importante à la vie psychique de l'individu, qu'il se refuse à faire entrer cette main en d'autres relations. Nous obéissons à la même impulsion si nous cassons le verre dans lequel nous avons bu à la santé de jeunes mariés; les anciennes tribus sauvages brûlant le cheval, les armes et même les femmes du chef mort, avec son cadavre, obéissaient à cette idée que nul ne devait plus les toucher après lui. Le motif de toutes ces actions est bien clair. La valeur affective que nous attribuons à la première association d'un objet répugne à le faire entrer en association nouvelle avec un autre objet et par suite rend l'idée de cet objet inaccessible à l'association.

Ce n'est pas une simple comparaison, c'est presque la chose identique, si nous passons dans le domaine de la psychologie des conceptions. Si la conception du bras se trouve engagée dans une association d'une grande valeur affective, elle sera inaccessible au jeu libre des autres associations. *Le bras sera paralysé en proportion de la persistance de cette valeur affective ou de sa diminution par des moyens psychiques appropriés.* C'est la solution du problème que nous avons posé, car dans tous les cas de paralysie hystérique on trouve *que l'organe paralysé ou la fonction abolie est engagé dans une association subconsciente qui est munie d'une grande valeur affective, et l'on peut montrer que le bras devient libre aussitôt que cette valeur affective est effacée.* Alors la conception du bras existe dans le

substratum matériel, mais elle n'est pas accessible aux associations et impulsions conscientes parce que toute son affinité associative, pour ainsi dire, est saturée dans une association subconsciente avec le souvenir de l'événement, du trauma, qui a produit cette paralysie.

C'est M. Charcot qui nous a enseigné le premier qu'il faut s'adresser à la psychologie pour l'explication de la névrose hystérique. Nous avons suivi son exemple, Breuer et moi, dans un mémoire préliminaire (*Uber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene*, *Neurolog. Centralblatt*, n° 1 und 2, 1893). Nous démontrons dans ce mémoire que les symptômes permanents de l'hystérie dite non traumatique s'expliquent (à part les stigmates) par le même mécanisme que *Charcot* a reconnu dans les paralysies traumatiques. Mais nous donnons aussi la raison pour laquelle ces symptômes persistent et peuvent être guéris par un procédé spécial de psychothérapie hypnotique. Chaque événement, chaque impression psychique est munie d'une certaine valeur affective (*Affectbetrag*), dont le moi se délivre ou par la voie de réaction motrice ou par un travail psychique associatif. Si l'individu ne peut ou ne veut s'acquitter du surcroît, le souvenir de cette impression acquiert l'importance d'un trauma et devient la cause de symptômes permanents d'hystérie. L'impossibilité de l'élimination s'impose quand l'impression reste dans le subconscient. Nous avons appelé cette théorie : *Das Abreagiren der Reizzuwächse*.

En résumé, je pense qu'il est bien en accord avec notre vue générale sur l'hystérie, telle que nous l'avons pu former d'après l'enseignement de M. Charcot, que la lésion dans les paralysies hystériques ne consiste pas en autre chose que dans l'inaccessibilité de la conception de l'organe ou de la fonction pour les associations du moi conscient, que cette altération purement fonctionnelle (avec intégrité de la conception même) est causée par la fixation de cette conception dans une association subconsciente avec le souvenir du trauma et que cette conception ne devient pas libre et accessible tant que la valeur affective du trauma psychique n'a pas été éliminée par la réaction motrice adéquate ou par le travail psychique conscient. Mais même si ce mécanisme n'a pas lieu, s'il faut pour la paralysie hystérique toujours une idée autosuggestive directe comme dans les cas traumatiques de M. Charcot, nous avons réussi à montrer de quelle nature la lésion ou plutôt

l'altération dans la paralysie hystérique *devrait* être, pour expliquer ses différences avec la paralysie organique cérébrale.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Les sinus et les veines des parois de la cavité rachidienne par le Dr Trolard.

M. le professeur Trolard frappé de la différence que présente suivant les auteurs la description des veines intra-rachidiennes, a repris leur étude dans un travail tout récent et encore inédit. Il attribue le défaut de précision des descriptions faites jusqu'à ce jour, aux difficultés de la dissection dans l'intérieur du rachis qui oblige à avoir recours à l'ouverture de fenêtres, souvent insuffisantes pour apercevoir l'ensemble des dispositions, ou bien tellement grandes qu'il ne reste plus grand'chose de ce que l'on veut observer.

La suffusion des injections solides est aussi une cause d'erreur. L'extrême minceur des parois des veines, lesquelles ne sont pas du tout soutenues, dans certaines parties tout au moins, et la facilité avec laquelle le tissu cellulaire péri-dure-mérien se laisse injecter, expliquent les suffusions.

M. Trolard a obtenu de bons résultats avec les injections par la voie artérielle. Grâce aux injections conservatrices, qui désobstruent et déblaient les voies de communication on arrive aisément à injecter les veines.

On peut se servir aussi des injections mercurielles, mais on ne peut remplir que des points très limités, en raison des multiples ouvertures que l'on pratique dans les veines quand on fait une brèche au canal rachidien. Le meilleur procédé consiste à ouvrir les canaux sur la sonde, et à insuffler ceux que la sonde ne peut pénétrer.

M. Trolard s'est servi dix fois de colonnes vertébrales décalcifiées dans une solution acidulée. Cela lui a permis de faire un grand nombre de coupes horizontales. De plus, étant donnée la malléabilité du tissu osseux, il a pu, après avoir fait des ouvertures peu étendues dans la partie postérieure du rachis, fixer les deux

lèvres de l'incision sur des plaques de liège et se donner ainsi beaucoup de jour.

Tous les auteurs donnent, à peu de chose près, la même description de la veine rachidienne antérieure. Il n'en est pas de même pour la veine postérieure. Pour Walter, elle ne serait pas constante, et quand elle existe, elle serait constituée par une série d'arcades situées en arrière des trous de conjugaison.

Cet auteur réserve le nom de plexus postérieur, aux seules anastomoses transversales qui sont appliquées contre la paroi postérieure du canal, à condition d'admettre alors l'existence constante des veines longitudinales postérieures. En effet, sur une coupe antéro-postérieure du canal rachidien, on voit que chaque trou de conjugaison est entouré d'un cercle veineux, dont le fond antérieur est formé par les veines longitudinales antérieures, le bord supérieur et le bord inférieur par des branches anastomotiques; le bord postérieur est formé par les veines longitudinales postérieures proprement dites de Breschet, mais dans les régions où elles manquent, par des arcades veineuses qui s'anastomosent largement avec les plexus dont elles font partie. Ces arcades seraient souvent formées, d'après Breschet, par un dédoublement annulaire complet d'une veine longitudinale antérieure, Walter regarde comme veine postérieure tout ce qui est en arrière des trous de conjugaison; et comme les veines qui forment les bords postérieurs de ces anneaux, forment entre elles une série d'arcades continues verticalement placées en arrière des racines rachidiennes, on peut les considérer comme de véritables veines longitudinales postérieures. Ces veines longitudinales, ordinairement formées par une succession d'anastomoses plexiformes, sont représentées en certaines régions par une ou deux veines volumineuses, régulières, veines longitudinales postérieures.

Telle est résumée la description de Walter.

Pour Testut, la veine postérieure n'est pas immédiatement derrière les trous de conjugaison : « elle repose de chaque côté de la ligne médiane, sur la série des lames vertébrales et des ligaments jaunes. » Krause la place entre le sac de la dure-mère et la paroi postérieure du canal vertébral.

Du travail de M. Trolard, il se dégage la conclusion suivante, que dans le rachis, les veines, tout en présentant diverses dispositions, se rapprochent d'un type qu'il décrit de la façon suivante :

1° La canalisation veineuse logée dans le rachis se réduit à deux conduits principaux ;

2° Le restant de la canalisation ne serait composé que de branchements secondaires destinés les uns à assurer la circulation des deux conduits de premier ordre (canaux de sûreté de Verneuil); les autres à mettre en communication ces conduits, avec les veines extra-rachidiennes.

Sinus intra-rachidiens. — Les deux conduits en question reposent sur la partie la plus externe de la face postérieure des corps vertébraux. Au cou, par le quart externe de leur diamètre, ils empiètent sur les pédicules et les échancrures des vertèbres. M. Tro-

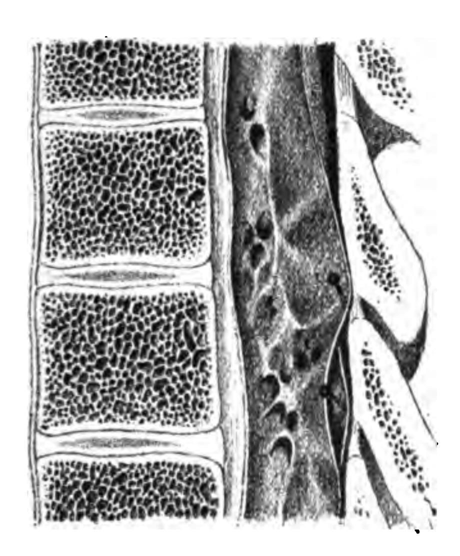


Fig. 1.

lard les classe dans la catégorie des sinus, et les nomme sinus intra-rachidiens.

Chacun d'eux commence au trou condylien antérieur, ou plus exactement au confluent condylien antérieur. Leur terminaison a lieu au niveau de la première vertèbre sacrée.

Dans tout son trajet, le sinus est régulièrement calibré.

On peut distinguer les voies de sûreté et de dégagement en veines collatérales externes et en veines collatérales internes.

Veines collatérales externes. — L'origine de ces branches dans le sinus est représentée par une ouverture grillagée, à mailles multiples et arrondies (*fig.* 2 et 3).

Ce tissu fenêtré disposé sur deux plans existe au niveau de toutes les racines. Quand on sectionne ce tissu et que l'on tend le nerf en dedans, on aperçoit un infundibulum dont la branche nerveuse représente l'axe. Dans cette cavité il faut distinguer deux sortes d'orifice : les uns placés au fond ou dans la partie moyenne; les autres situés à la base du cône, c'est-à-dire très près de la cavité du sinus. Les premiers sont ceux des vaisseaux de dégage-

ment; les derniers orifices sont ceux des canaux de suppléance ou de dérivation du sinus.

Les *veines de dérivation* vont d'un trou de conjugaison à un autre, ayant la forme d'un arc dont la concavité regarde le sinus. Elles manquent au cou, ou plutôt y sont représentées par les veines vertébrales. De cette série d'arcades, quelques auteurs ont fait un vaisseau particulier qu'ils ont appelé veine longitudinale posté-

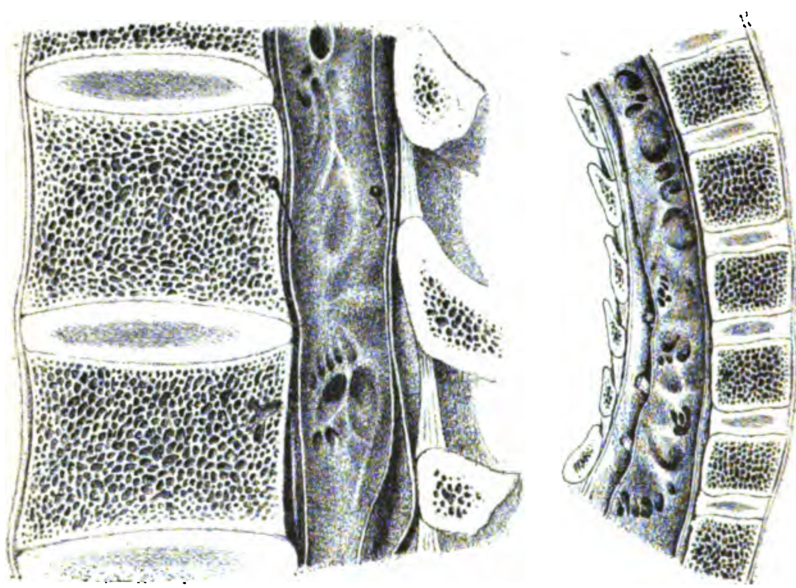


Fig. 2. *Fig.* 3.

rieure. Rien ne justifie cette analogie avec la veine longitudinale antérieure.

Au dos, le système de dérivation est un peu plus complexe. De la convexité des arcs décrits ci-dessus, partent d'autres arcs dont la concavité est dirigée en dedans également, et qui se joignent entre eux à leurs deux extrémités.

C'est avec cette deuxième série d'arcades veineuses, que quelques anatomistes ont constitué la veine longitudinale postérieure — seconde manière — c'est-à-dire celle qu'ils placent « de chaque côté de la ligne médiane ».

Plexus postérieur. — D'un ou de plusieurs points des arcs de second ordre au dos, des arcs de premier ordre aux lombes, directement du sinus au cou, partent des branches transversales

qui s'anastomosent entre elles et qui constituent le plexus postérieur.

Veines de dégagement. — Les orifices que l'on voit au fond de l'infundibulum des trous de conjugaison sont ceux des veines de dégagement. Ces veines sont ordinairement au nombre de deux : l'une placée au-dessus ou en avant de la racine nerveuse, l'autre au-dessous ou en arrière. Aux lombes et à la partie inférieure du dos, il y a un troisième canal qui passe au-dessous d'un ligament qui va des côtés du corps vertébral au bord supérieur du pédicule de la vertèbre située au-dessous, et que Trolard appelle ligament vertébral latéral.

Tous ces vaisseaux vont aux veines extra-rachidiennes; ceux du dos et des lombes, directement; ceux du cou, après avoir traversé le sinus vertébral.

VEINES COLLATÉRALES INTERNES. — Le diploé des corps vertébraux est creusé de canaux qui viennent converger au centre de la face postérieure de ces corps dans une cavité ampullaire. C'est dans ces cavités qu'aboutissent des canaux qui viennent des sinus longitudinaux.

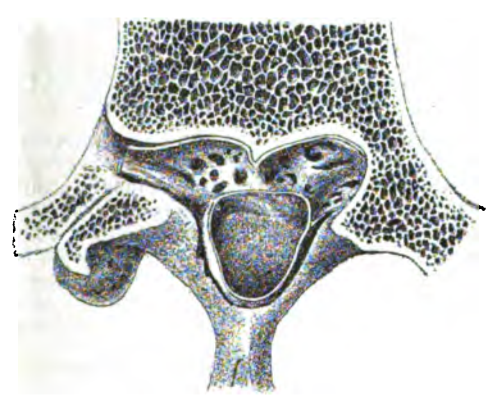


Fig. 4.

Quand on examine ce sinus dans l'angle de jonction de la paroi postérieure avec l'antérieure, on voit d'abord sur la ligne horizontale qui joint cet angle à la partie moyenne de la face postérieure du corps vertébral, soit une lame criblée, soit deux ou trois orifices. Ces orifices et ceux de la lame criblée conduisent dans un ou deux canaux qui vont directement à la citerne vertébrale.

Au-dessus et au-dessous de ces trous, on en découvre d'autres. Ceux-là conduisent dans des canaux obliques qui rejoignent également la citerne.

A la région lombaire, au niveau de la face postérieure des corps vertébraux, ces veines se pelotonnent, et forment un véritable corps spongieux (*fig.* 4).

En résumé, l'appareil de la circulation veineuse intra-rachidienne se réduit à deux sinus longitudinaux munis :

1° De canaux de dérivation qui sont, en dehors et en arrière, les arcades anastomotiques (au cou le sinus vertébral) et le plexus postérieur; en dedans, les canaux qui vont aux réservoirs des corps vertébraux;

2° De canaux de dégagement qui sont les veines des trous de conjugaison.

De la sorte disparaîtrait la séduisante image classique des quatre gros troncs enlacés par une belle ceinture veineuse. J. DAURIAC.

II. RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INTOXICATION SATURNINE EXAMINÉE PRINCIPALEMENT DANS SES RAPPORTS AVEC LES ALTÉRATIONS DU SYSTÈME NERVEUX; par L. STIEGLITZ. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 1.)

Intoxication de treize cobayes et de neuf lapins, par des pulvérisations de solutions d'acétate de plomb au moyen d'un appareil spécial, pendant six jours, un mois, cent quarante-quatre jours, cent soixante-cinq jours. Etude anatomo-pathologique et histologique complète. Cinq observations très détaillées.

Observation I. Paralysie des deux pattes postérieures, lésions inflammatoires frappantes dans la substance grise d'une des cornes antérieures du renflement lombaire, dégénérescence des grandes cellules dans les cornes antérieures (vacuolisation), des racines antérieures et postérieures. Intégrité des nerfs périphériques. — *Observation II.* Attaques épileptiformes avec paralysie des quatre pattes. Nombreuses hémorrhagies de toutes dimensions dans l'encéphale. Atrophie très accusée d'une des cornes antérieures de la moelle cervicale; atrophie des grandes cellules ou formation de vacuoles dans ces éléments, des deux côtés. Dégénérescence des racines correspondantes. Lésions des quatre ganglions spinaux cervico-inférieurs. Entre la moelle et les ganglions en question, lésion des manchons de myéline, persistance des cylindraxes. Dégénérescence très accentuée des nerfs périphériques. — *Observation III.* Paralysie spinale aiguë, vacuolisation des cellules nerveuses. Dégénérescence segmentaire des racines; dégénérescence commençante des nerfs périphériques; hémorrhagies capillaires dans la moelle. — *Observation IV.* Paralysie d'un seul membre, vacuolisation des cellules nerveuses, dégénérescence très marquée des racines qui cesse brusquement au moment où ces racines pénètrent dans la moelle; dégénérescence très accusée des nerfs sciatiques. — *Observation V.* Mort subite par intoxication suraiguë. Mêmes lésions.

En réalité, douze faits témoignent de l'existence d'hémorrhagies encéphaliques, d'altérations de la moelle et des racines spinales, de

dégénérescence des nerfs périphériques. Chez ces douze animaux il y avait vacuolisation des cornes antérieures.

Pathogénie. — Le plomb trouble d'abord les fonctions des centres spinaux, puis les nerfs périphériques sont atteints et c'est alors qu'apparaît la paralysie. Mais les nerfs périphériques et les muscles sont altérés avant les centres. C'est la seule théorie qui puisse correspondre en même temps aux faits cliniques et aux constatations anatomo-pathologiques. Quant aux lésions du cœur, du poumon, des reins, on les rencontre également. (Voir le mémoire.) P. KERAVAL.

III. UNE MALADIE TOUTE SPÉCIALE AFFECTANT TROIS FRÈRES ET SŒURS SOUS LA FORME DE PARALYSIE PROGRESSIVE, AVEC LÉSIONS VASCULAIRES ÉTENDUES, PROBABLEMENT DUE A UNE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE; par E.-A. HOMEN. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIV, 1.)

Autopsie du dernier malade dont il a été question dans le *Neurolog. Centralbl.* 1890. (Voir *Archives de Neurologie.* Revues analytiques, n° 66.)

En résumé le type clinique de la maladie se compose ainsi qu'il suit : vertiges, lourdeur de tête, sensation de lassitude, diminution de l'appétit, affaiblissement de l'intelligence, démarche incertaine, semblable à celle d'une homme ivre, vagues douleurs dans les jambes et autres parties du corps, démence progressive, parole indistincte, accidents spasmodiques et finalement contracture, dysphagie, lenteur de la réaction des pupilles, diminution de la sensibilité, aspect infantile. Durée : trois ans et demi, six et sept ans.

Anatomie pathologique. — Epaississement des méninges, adhérence, par places, de la pie-mère et de l'écorce, atrophie cérébrale, surtout des lobes frontaux, vaisseaux scléreux, foyer de ramollissement des deux noyaux lenticulaires, cirrhose hépatique, tuméfaction splénique.

Histologie. — Atrophie des fibres à myéline, surtout des fibres tangentielles des lobes frontaux, atrophie des cellules pyramidales. Epaississement de la névroglie dans la substance corticale et endartérite. P. K.

IV. CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE ET A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET NOTAMMENT A L'ÉTUDE DES ALTÉRATIONS DE LA MOELLE ET DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES; par FUERSTNER. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 1.)

Dans la paralysie générale, peut-il y avoir lésion concurrente de tout le système nerveux périphérique? Existe-t-il entre la lésion de ce dernier et les processus pathologiques du système nerveux

central un rapport de dépendance ? Pick a répondu affirmativement (*Berlin. Klin Wochenschrift*, 1890, n° 47.)

Etude complète de 145 malades, 118 hommes, 27 femmes.

En ce qui concerne les lésions spinales de la paralysie générale, celles qui sont de beaucoup les plus fréquentes portent sur les cordons latéraux et postérieurs — puis, viennent celles des cordons postérieurs seuls — enfin la troisième catégorie a trait aux lésions des cordons latéraux seuls. Il est imposible d'établir si, chez les paralytiques généraux syphilitiques, il y a lésion exclusive ou prédominante des cordons postérieurs. Le processus primitif est constitué par la dégénérescence de la substance nerveuse. Le nombre des observations existantes jusqu'ici ne permet pas de prouver que la paralysie progressive soit le facteur direct d'une névrite périphérique. P. K.

V. — Les arrêts de développement psychique par lésions de la tête de l'enfant avant, pendant l'accouchement et aussitôt après la naissance, par Wulff. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 1, 2.)

Étude des commémoratifs et des observations de 1436 idiots à des degrés divers et de toutes les formes. Fréquence des traumatismes céphaliques intra-utérins, pendant l'accouchement, après la naissance, auxquels on doit rattacher l'idiotie.

Sur 837	malades du sexe masculin on trouva ces lésions chez.	127 = 15,2 p. 100
Sur 599	malades du sexe féminin on trouva ces lésions chez	71 = 11,9 p. 100
1436		198 = 13 p. 100

Suit une analyse numérique d'après les neuf espèces d'accidents suivants : 1° accidents intra-utérins; chute de la mère; — 2° circulaires du cordon et asphyxie; — 3° lésions intra-utérines et, en outre, circulaires du cordon; — 4° accouchement grave au forceps avec compression de la tête par les cuillers; — 5° accouchement difficile prolongé avec assistance médicale; — 6° accouchement très grave durant plusieurs jours; — 7° accouchement grave prolongé (présentation du sommet ou des fesses) avec asphyxie; — 8° accouchement précipité avec chute de l'enfant sur la tête; — 9° lésion de la tête pendant la première année de la vie.

Il y a en revanche 53 p. 100. d'hérédité chez ces idiots. P. K.

VI. Tumeur corticale occasionant une hémiplégie avec perte des sensations tactiles douloureuses et musculaires; par Frank S. Hadden M.-D. (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, février 1893.)

Il semblerait d'après bon nombre d'observations que la locali-

sation cérébrale des sensations du toucher, de la douleur, de la température, ainsi que le sens musculaire, correspond à peu près, sinon tout à fait aux centres moteurs correspondants; l'observation suivante d'après l'auteur doit être comptée comme une de plus. Il s'agit d'un homme ayant présenté les symptômes d'un néoplasme cérébral avec attaques d'épilepsie partielle, puis hémiplégie gauche, accompagnée d'anesthésie complète du membre supérieur du même côté. L'autopsie a montré la présence d'un vaste mélano-sarcome. Cette tumeur recouvrait la pariétale ascendante, les première et deuxième pariétales et les circonvolutions occipitales de l'hémisphère droit. J.-B. CHARCOT.

VII. ETUDE DES LOIS QUI GOUVERNENT LES ACTIONS HUMAINES ; par le Dr A. TYLER.

Les actions humaines sont sujettes à des lois. Ces lois peuvent être établies et nous permettent de prévoir, dans une certaine mesure, la conduite de nos semblables. C'est ainsi que le marchand qui se lance dans des entreprises, le capitaliste qui place ses fonds, le voyageur qui se confie à un mécanicien de chemin de fer ou à un capitaine de vaisseau, escomptent la conduite de leurs semblables et croient la prévoir.

Quelles sont donc les lois des actions humaines? 1° *L'hérédité.* — La race humaine forme une chaîne ininterrompue; le fils hérite du père des forces physiques et morales que celui-ci a reçues lui-même de ses ancêtres. Si nous partons du moment où pour la première fois la matière a été animée, nous pouvons suivre son évolution. Sous l'influence du milieu, la matière animée se différencie en végétaux et animaux; le genre humain étant lui-même classé parmi les animaux.

Chaque individu hérite de ses ancêtres, de leurs caractères physiques et moraux, y ajoute quelque chose sous l'influence du milieu et transmet à ses descendants les qualités qu'il a reçues et qu'il a apportées.

Prenons comme exemple le sentiment religieux. L'homme, à l'origine, effrayé de ce qu'il ne pouvait expliquer, le tonnerre, les éclairs, la mer, la succession des jours et des nuits, a attribué tous ces phénomènes à des puissances supérieures. Au fur et à mesure que la science a progressé et expliqué les causes de ces effets terrifiants, le nombre des dieux a diminué jusqu'à ce qu'il n'en soit resté qu'un seul. Mais le sentiment religieux persiste. Mettez l'homme le plus instruit au milieu d'un cataclysme terrible, il éprouvera à l'égard des forces naturelles, le même sentiment que l'homme primitif.

Dans la folie, ce sont les qualités les plus récemment acquises et les plus parfaites qui disparaissent les premières. Le fou se trouve

par rapport au sentiment religieux dans l'état d'esprit du sauvage.

De même la morale s'est développée avec le temps et les conditions nouvelles de la vie. L'homme primitif, vivant seul ou par petits groupes, n'a pas de morale. Celle-ci naît avec la société et se complique avec elle jusqu'à l'état où nous la voyons aujourd'hui : c'est une véritable science. Le fou n'a pas de morale, pas plus que l'homme sauvage.

2° *Le milieu.* — Les actions humaines sont une résultante de la lutte entre les forces de l'organisme, d'une part, et celles du milieu, d'autre part. Quelles différences le climat ne produit-il pas dans les mœurs ?

Conclusion. — Le milieu modifie la conduite. Quand l'influence du milieu dure, des habitudes de vie prennent naissance, des modifications de structure se forment. Par l'hérédité, elles se transmettent de génération en génération et subissent continuellement des changements dus au milieu. (*American journal of insanity*, 1892.)

E. B.

VIII. Méthode d'examen du cerveau a l'état frais; par le Dr Kindred.

L'auteur décrit le procédé des coupes de tissu cérébral par congélation, procédé qu'il s'étonne de ne pas voir employer plus fréquemment en Europe. La pièce à congeler est placée directement sur une plaque en métal sous laquelle on pulvérise de l'éther jusqu'à congélation de la pièce.

Les coupes sont d'abord mises dans l'eau, puis placées sur une lamelle où on les met, pendant quelques secondes seulement, en contact avec une solution d'acide osmique à 0 gr. 25 p. 100. Cette action de l'acide osmique n'est pas destinée à donner à la coupe la coloration spéciale de l'osmium, mais seulement à fixer la myéline qui, sans cela, se désagrégerait dans l'eau. La coupe est de nouveau lavée à l'eau, puis colorée par une solution de bleu-noir d'aniline à 0,25 p. 100 et plongée pour la dernière fois dans l'eau distillée. Elle est alors placée sur une lamelle. On laisse la préparation se sécher à l'air en ayant seulement soin de la couvrir d'une cloche. Lorsqu'elle est bien sèche, on la monte au baume.

Cette méthode permet d'observer les différents éléments du cerveau dans leur forme et leurs rapports exacts, et présente une supériorité évidente sur les méthodes d'examen du cerveau après durcissement, car dans ces derniers se produisent de nombreuses déformations en même temps que d'autres conditions artificielles. Les espaces artificiels que l'on voit autour des cellules, dans les sections durcies, sont absentes sur les coupes fraîches; sur ces dernières, les cellules nerveuses sont considérablement plus larges, leurs prolongements plus volumineux, les couches de l'écorce plus épaisses.

La coloration doit être faite avec attention, notamment sur les cerveaux malades où l'action de l'aniline est plus rapide, ce qui expose à des excès de coloration.

Bien que le bleu d'aniline seul donne, en général, de bons résultats, cependant pour quelques éléments particuliers, et notamment pour les leucocytes amassés autour des parois vasculaires dans les états inflammatoires aigus ou chroniques, on aura de meilleurs résultats avec d'autres couleurs d'aniline, et en particulier le bleu de méthylène en solution aqueuse et le violet de gentiane. (*American journal of insanity*, 1892.) E. B.

IX. DES FIBRES D'ASSOCIATION DANS L'ÉCORCE CÉRÉBRALE DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX; par M. LIOUBIMOV. (*Messager de psychiatrie clinique et légale*, IXe année, t. II, Saint-Pétersbourg, 1892.)

Les conclusions de M. Lioubimov ne s'éloignent pas beaucoup de celles de Tuczeck; lui aussi a pu constater que les fibres à myéline sont absentes souvent dans l'écorce du cerveau des paralytiques généraux, surtout au niveau des circonvolutions frontales et pariétales. Il exprime seulement le doute sur le fait avancé par Tuczek que le processus morbide commence toujours par la couche superficielle de l'écorce pour atteindre successivement les couches plus profondément situées; il a trouvé, au contraire, dans plusieurs cas (observations 3 et 6) que tandis que les fibres à myéline des couches profondes avaient totalement disparu, celles des couches superficielles n'étaient souvent qu'à peine altérées dans leur structure.

Ces résultats nous donnent-ils une idée plus précise sur le processus pathologique si complexe de la paralysie générale? Quand on pense que ces recherches ont été faites, comme bien d'autres, sur les cerveaux des paralytiques généraux arrivés au dernier terme de la maladie, et qu'à côté des altérations des fibres à myéline, il existe presque toujours des lésions cellulaires et vasculaires, il est permis de se demander quelle est la lésion qui commence la première, est-ce celle de la fibre à myéline, celle de la cellule ou celle des vaisseaux? On sait que chacune d'elles a eu ses défenseurs et pour trancher la question, il faudrait examiner un certain nombre de cerveaux des paralytiques morts accidentellement tout à fait au début de la maladie. J. ROUBINOVITCH.

X. DE LA STRUCTURE HISTOLOGIQUE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE CHEZ L'HOMME; par le Dr MINGAZZINI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. III-IV, 1892.)

Le réseau nerveux de la corne antérieure (excepté dans sa portion médiane) est formé presqu'en totalité par des fibrilles terminales (collatérales des faisceaux pyramidaux) qui mettent en

relation le segment cérébro-spinal avec le segment spino-musculaire des trajets pyramidaux. — Tous les groupes des cellules de la corne antérieure (et latérale) ont la signification d'éléments moteurs; — cependant les groupes moyen et antéro-latéral sont en rapport direct seulement avec les fibrilles collatérales des faisceaux pyramidaux : tandis que le groupe postéro latéral est en rapport non seulement avec les mêmes fibrilles mais aussi avec l'extrémité terminale des collatérales sensitives des fibres radiculaires postérieures, qui s'étendent par leurs extrémités terminales jusqu'à la base de la corne antérieure.— La commissure antérieure est constituée par deux portions : une postérieure, formée par l'entrecroisement d'une portion des fibres postérieures radiculaires; une antérieure, formée, en partie au moins, par les prolongements des cellules de la corne antérieure et des fibres radiculaires antérieures. J. SÉGLAS.

XI. DE LA DESTRUCTION DE LA GLANDE PITUITAIRE; par G. VASSALE et E. SACCHI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. III-IV. 1892.)

La destruction complète de la glande pituitaire a chez le chat et le chien des conséquences fatales, indépendamment de toute complication opératoire. — La destruction partielle de l'hypophyse est chez ces animaux compatible pour un long temps avec la vie. On a cependant des phénomènes typiques d'insuffisance fonctionnelle de la glande; sans que les recherches des auteurs établissent si ces phénomènes d'insuffisance fonctionnelle peuvent, à une date plus ou moins éloignée de l'opération, s'aggraver et conduire à une véritable cachexie fatale : ou si au contraire ils s'atténuent ou disparaissent, la glande reprenant ses fonctions, par suite d'une régénération partielle, que les auteurs ont notée d'une façon évidente dans un de leurs cas.— L'augmentation des cellules chromophiles dans la glande pituitaire témoigne tout autant d'un processus dégénératif que d'un processus fonctionnel compensateur de cette même glande. — Bien que le cadre symptomatique, résultant de la destruction complète de l'hypophyse offre des analogies avec celui qui succède à l'extirpation du corps thyroïde, on ne peut admettre que le rapport fonctionnel entre les deux glandes soit tel qu'elles puissent se substituer l'une à l'autre pour les besoins de l'économie. Relativement à la nature fonctionnelle, l'hypophyse rentre dans le nombre de ces glandes dont la destruction donne lieu à la formation et à l'accumulation dans l'organisme de substances toxiques spéciales. J. SÉGLAS.

XII. DES SILLONS DE L'ARTÈRE MÉNINGÉE MOYENNE DANS L'ENDOCRANE; par G. PÉLI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. III-IV. 1892.)

L'auteur tire de ses recherches les conclusions suivantes : à l'ex-

ception des microcéphales chez lesquels prédomine l'égalité de développement des sillons de l'artère méningée moyenne de chaque côté du crâne, autrement dit la symétrie, on trouve généralement que les sillons sont plus manifestes à gauche qu'à droite, chez les individus normaux, les singes anthropomorphes, les délinquants et les aliénés; en d'autres termes, l'asymétrie est de règle en faveur de la moitié gauche de l'endocrane. D'autre part il y a des différences notables. Ainsi, en se tenant aux recherches de Danillo chez les hommes et les singes et à celles de Lombroso chez les criminels, l'écart entre les chiffres de développement plus marqué des sillons à gauche et celui de profondeur et de largeur égales des deux côtés, est léger; tandis que suivant les recherches de l'auteur, cet écart devient assez marqué soit chez les individus sains, soit (bien qu'à un degré moindre) chez les aliénés, et avec prédominance en moyenne à gauche, d'où l'asymétrie, à laquelle, en conséquence, ces derniers inclineraient moins que les sujets sains d'esprit. Le développement plus grand des sillons de l'artère méningée moyenne dans l'endocrane à droite se trouve plus rarement chez les microcéphales que chez les primates (Danillo) et les délinquants (Lombroso) ; tandis que d'après les recherches de l'auteur, elle se rencontre plus souvent que chez ceux-ci et ceux-là, chez les individus sains et plus encore chez les aliénés qui, encore par ce caractère, différeraient des normaux, en offrant une moins grande fréquence dans la différence des sillons artériels dans les deux moitiés du crâne J. SÉGLAS.

XIII. CONTRIBUTION AUX AFFECTIONS DES LOBES TEMPORAUX : — UN CAS DE SURDI-MUTITÉ; UN CAS DE LÉSIONS DU LOBE TEMPORAL GAUCHE SANS SURDITÉ VERBALE CHEZ UN INDIVIDU GAUCHER; par G. SEPPILI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. III-IV. 1892.)

1° Observation d'un cas de surdi-mutité dans lequel l'autopsie révéla une lésion destructive ancienne des deux lobes temporaux. Si l'on se reporte au mécanisme de la formation du langage, on peut admettre que dans des cas semblables où les circonvolutions temporales sont détruites par suite d'un processus d'encéphalite survenu dans l'enfance, la surdité résulte de l'empêchement apporté dans la formation des images auditives verbales, le mutisme résultant nécessairement de l'absence de cet élément de développement et d'élaboration des images verbales motrices. — La surdi-mutité d'origine cérébrale, différant en cela de celle qui résulte d'une affection périphérique des organes de l'audition, s'accompagne facilement de convulsions épileptiques, d'états d'imbécillité ou d'idiotie, qui sont ordinairement les effets concomittants de l'encéphalite de l'enfance qui est la cause première de la surdimutité d'origine centrale.

2° Observation d'un cas de lésions destructives anciennes du lobe temperal gauche chez un individu gaucher qui pendant la vie n'avait présenté aucun trouble du langage, entendant bien, comprenant bien le sens des mots et y répondant promptement, la parole ayant été toujours intacte. De ce cas et d'autres analogues, l'auteur conclut que chez les gauchers le centre auditif du langage n'a pas son siège dans l'hémisphère gauche, mais bien dans l'hémisphère droit. J. SEGLAS.

XIV. DE LA RÉPARATION DE CERTAINS MUSCLES QUI ONT ÉTÉ COMPLÈTEMENT PARALYSÉS A LA SUITE DU POLIO-MYÉLITE; par GRAÈME M. HAMMOND, M.-D. (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, janvier 1893.)

Il est bien certain que si il n'y a plus aucune contraction des éléments musculaires ou s'il n'y a plus d'élément musculaire, l'électricité ne peut être d'aucun secours. Mais, l'auteur fait remarquer, et il publie trois observations à l'appui de son dire, qu'il n'est pas toujours possible de savoir s'il y a encore ou s'il n'y a plus de contraction musculaire. Il ne faut donc désespérer qu'après un traitement électrique très prolongé. J.-B. C.

XV. TRANSMISSION DES VARIATIONS ACQUISES; par le Dr RICHARDSON.

Etudiant les lois de l'hérédité chez les formes les plus simples de la vie, l'auteur arrive aux conclusions suivantes:

1° Il existe une certaine continuité du germe plasma en ce sens qu'une partie de la cellule reproductrice passe à la génération suivante et forme le substratum duquel dérive le futur organisme.

2° Des variations se rencontrent dans l'agencement moléculaire du germe, résultant des variations en quantité et en qualité de l'élément trophique et des changements dans les conditions environnantes.

3° La loi de l'hérédité, propriété essentielle et inhérente de la vie organique, reproduira cette variation jusqu'à ce qu'elle soit modifiée ou détournée par des conditions d'entourage et de nutrition.

4° Lorsque cette variation est avantageuse à l'individu, elle le rend ainsi plus apte à résister aux influences ennemies de son entourage ou à s'approprier en plus grande quantité ou à utiliser plus efficacement ses forces nutritives, et par conséquent plus apte à se reproduire et à atteindre un plus haut degré dans les générations suivantes.

5° Chaque organisme transmettra à sa descendance les particularités précises de sa propre structure, telles qu'elles existent au mo-

ment de la cessation des relations nutritives entre l'être générateur et sa cellule reproductrice : toutefois ces particularités organiques ne sont jamais reproduites sans plus ou moins de modifications, car il existe constamment des changements dans les conditions environnantes et dans les variations en quantité et en qualité des forces nutritives. (*Américan Journal of insanity*, 1891.) E. B.

XVI. La prétendue aire motrice de l'écorce cérébrale ; par le Dr Lane.

Après avoir repris l'histoire des localisations motrices corticales, l'auteur s'élève contre la théorie d'une localisation motrice : parce qu'un mouvement suit l'excitation d'un point donné de la couche corticale, il ne s'en suit pas que cette aire cérébrale soit, à l'état sain, le siège d'une impulsion volontaire, pour la contraction de son muscle correspondant, encore moins cela prouve-t-il que cette aire est motrice plutôt que sensorielle.

La soi-disant région motrice n'est qu'une région purement sensorielle, kinestésique.

Le terme kinestésique renferme plus que ce qu'on entend strictement par « sens musculaire » : il signifie toute sensation de mouvement, les sensations tactiles et mixtes, toute sensation provenant des muscles de la peau, des ligaments, des tendons, des surfaces articulaires, sensations qui sont le résultat d'une action musculaire et du mouvement qui en est la conséquence. La totalité de l'écorce cérébrale serait une région sensorielle, siège de la mémoire et de la volonté. En admettant, par exemple, que la circonvolution de Broca soit une région kinestésique, sensorielle, qu'arrivera-t-il comme résultat de son altération ? Le malade pourra penser, pourra comprendre les mots parlés ou écrits mais il ne pourra les prononcer : il aura oublié comment parler, l'articulation volontaire sera perdue.

Cette théorie de la nature sensorielle de la soi-disant aire motrice de l'écorce cérébrale trouve un appui dans l'existence des hallucinations du sens musculaire (membres amputés) et récemment dans un mémoire de Tamburini sur les hallucinations du mouvement. (*American journal of insanity*, 1890.) E. B.

XVII. Calorimétrie chez les oiseaux ; par Isaac Ott, M.-D. (*The Journal of Nervous and Mental diseases*, (New-York), janvier 1893.)

D'après les expériences de l'auteur consistant à piquer le corps strié et le tuber cinereum, chez des pigeons, ces organes seraient en rapport avec l'élévation de la température. La piqûre des tubercules quadrijumeaux produit également une légère élévation de

température avec abaissement de la pression sanguine; les tubercules quadrijumeaux seraient donc en rapport avec les centres thermiques. J.-B. C.

XVIII. Atrophie musculaire idiopathique compliquée de névrite multiple, par J.-F. Eskridge M.-D. (*The Journal of Nervous and Mental disease*, avril 1893.)

Il s'agit d'une malade présentant une hérédité bien nette et atteinte d'atrophie musculaire compliquée d'anesthésie complète des membres inférieurs. L'auteur, après avoir discuté les différents diagnostics, arrive à admettre celui d'atrophie musculaire idiopathique compliqué de névrite multiple. J.-B. C.

XIX. Du mouvement choréique; par Horatio C. Wood M. D. (*The Journal of Nervous and Mental disease*, avril 1893.)

L'auteur, s'appuyant sur des recherches personnelles précédemment publiées, prétend que la chorée infantile est analogue à la chorée du chien, et que, comme il est prouvé que cette dernière est de cause spinale, la chorée infantile aurait la même cause. Ceci lui semble indiscutable, car il n'est pas admissible pour lui que le mécanisme de la chorée diffère d'une espèce à l'autre. Se fondant sur ces prétentions, il explique les mouvements choréiques en supposant que l'appareil spinal d'inhibition est si affaibli qu'il a perdu tout contrôle sur l'appareil de la décharge motrice. Cette théorie expliquerait également l'absence de fatigue malgré les mouvements continuels. L'auteur cite ensuite des expériences sur des chiens choréiques, tendant à prouver que la fonction d'inhibition peut être stimulée; la quinine aurait ce pouvoir à un haut degré aussi préconise-t-il ce médicament dans cette affection.

XX. Un cas d'exophthalmie compliquant une néphrite; par Harold, N. Moyer, M. D. (*The Chicago Medical Recorder* january, 1893.)

L'auteur publie une observation où l'on trouve une exophthalmie très prononcée chez un individu atteint de néphrite. Rien ne vient expliquer cette exophthalmie et l'auteur ne trouve à émettre que l'hypothèse suivante; ce symptôme serait dû à la grande résistance dans la circulation périphérique et à l'état tortueux consécutif du système artériel. J.-B. Charcot.

XXI. Observation clinique et anatomo-pathologique d'un cas de poliomyélite antérieure avec altérations nerveuses périphériques; par F.-S.-John Bullen. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1892.)

Observation d'un grand intérêt, suivie de l'autopsie détaillée du

malade et accompagnée d'une planche en photogravure : malheureusement il manque, dans l'observation clinique, quelques détails importants. — L'autopsie et les lésions constatées sont l'objet de la part de M. Bullen, de judicieux commentaires. R. M.-C.

XXII. Lésions nécroscopiques (dont plusieurs sont d'une interprétation difficile) observées sur certains points du système nerveux dans un cas d'hémiplégie spasmodique; par Edwin Goodall. (*The Journal of Mental Science*, avril 1891.)

Observation très complète, suivie de commentaires intéressants, et accompagnée d'une planche. R. M.-C.

XXIII. Remarques sommaires sur quelques pièces anatomiques présentées a la séance trimestrielle tenue, a l'hopital de Bethlem, le 15 mai 1890; par R. Percy Smith. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1890.)

Voici l'indication de ces pièces :

1° Portion d'estomac avec une grosse masse cancéreuse dépendant de la petite courbure et déterminant l'obstruction partielle de l'orifice œsophagien.

2° Vaisseaux de la base du cerveau avec embolie de la cérébrale postérieure gauche et athérome de la cérébrale moyenne. — Cœur du même malade, avec végétations aortiques et mitrales. — Préparations micrographiques de ces divers tissus.

3° Section de l'écorce cérébrale (aire motrice) dans un cas de mélancolie aiguë, avec agrandissement des espaces péri-vasculaires. — Augmentation des noyaux le long des petits vaisseaux. — Dégénérescence granulo-graisseuse des cellules pyramidales, etc.
R. M.-C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 29 mai 1893. — Présidence de M. Christian.

La mélancolie dans les ménages inféconds. — M. A. Voisin, rapporte trois observations de mélancolie liée, chez la femme, à l'infécondité du mari et disparaissant après la naissance d'enfants. Chez

ces trois femmes, le chagrin de se voir condamnées à la stérilité avait provoqué l'explosion d'un délire mélancolique très accusé.

L'absence d'enfants tenait, dans les trois cas au manque de spermatozoaires chez les maris qui, tous les trois, étaient goutteux. Après quelques saisons d'eaux effectuées par les maris, les femmes devinrent enceintes et guérirent de leurs troubles intellectuels. Chaque couple eut plusieurs enfants. Les maris avaient récupéré des spermatozoaires pendant leurs déplacements balnéaires.

M. Blanche trouve les observations de M. Voisin fort intéressantes.

M. B.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS NEUROLOGISTES ET ALIÉNISTES DE MOSCOU.

Séance publique annuelle du 25 octobre 1892.

M. A. Kornilof. *Névroses consécutives aux accidents.* — A la suite d'un coup de tonnerre qui éclata non loin de lui, le malade, âgé de quarante-cinq ans, a vu se développer chez lui une hémianesthésie sensitive et sensorielle du côté droit, avec mutisme, hémiplégie gauche et paraplégie des membres inférieurs, rigidité des muscles et abolition des réflexes cutanés et tendineux du côté gauche. La convalescence a commencé dès le troisième jour; au bout de deux semaines, le malade était complètement guéri.

Se basant sur ce cas, le rapporteur trace une esquisse générale de la question des névroses traumatiques. Il est porté à leur attribuer une nature hystérique et s'arrête longuement sur le traitement prophylactique, sur la lutte contre la prédisposition nerveuse et sur le raffermissement de la volonté par la discipline physique et morale.

M. N. Bajénof. — Un anniversaire dans l'histoire de la psychiatrie (1792-1892). Le rapporteur parle de la grande réforme en psychiatrie qui se rattache aux noms de Pinel, de Fuke, de Chiarugi, de Doquin et de Pussin, et s'attache plus particulièrement à faire ressortir les services rendus par les deux premiers de ces célèbres aliénistes. Les portraits de ces deux savants ornaient la salle des séances de la Société.

M. L. Minor. — Sur les modifications de la physionomie dans les maladies nerveuses et mentales. Le rapporteur accompagne sa communication de la projection sur écran d'un grand nombre de photographies préparées par lui-même.

Séance du 20 novembre 1892.

M. le Dr W. Roth présente une femme atteinte de *myxœdème*, dans le but de permettre de comparer l'état actuel de la malade avec celui qui se produira à la suite du traitement par la glande thyroïde. Le rapporteur promet de faire connaître dans la suite l'histoire détaillée de la maladie.

M. le professeur Kojernikof. — *Sur l'acromégalie, avec présentation du malade.* — Le malade, âgé de trente ans, présente un cas typique de cette maladie : augmentation du volume des poignets et des pieds, pricipalement dans le sens de la largeur, de la tête, et en particulier du visage, avec prognathisme de la mâchoire inférieure. Pâleur de la peau. Le sang contient 98 p. 100 d'hémoglobine (d'après Fleischl), son poids spécifique est de 1058, et le rapport entre les corpuscules blancs et rouges est de 1 : 700. Cellules blanches neutophyles 56,2 p. 100; lymphocytes 33,9 p. 100; formes transitoires 9,4 p. 100; formes éosinophyles 0,5 p. 100. On constate dans l'urine une certaine augmentation d'urée (41, 8 gr.) et une diminution de l'acide phosphorique lié aux bases terreuses (0,96). Varices hémorrhoïdales. La glande thyroïde est impalpable. Absence de matité sur la poignée du sternum. En outre, on constate toute une série de symptômes cérébraux et spinaux, tels que céphalée, indolence, apathie, affaiblissement de la vue et *hemianopsia bitemporalis*. Le malade est un peu voûté et présente une courbure scoliotique de l'épine dorsale; pendant la marche, il ressent une douleur au *sacrum*, aux fesses et à la jambe droite, douleur qui augmente lorsqu'on exerce une pression sur le sacrum et le coccyx. Les protubérances et les saillies de ces os sont augmentées. Légère rétention d'urine, affaiblissement de l'énergie sexuelle et constipation. L'augmentation de volume des extrémités et du visage s'est développée pendant ces dernières années; l'affaiblissement de la vue et les modifications de l'activité physique ont commencé au mois d'août 1890.

Suivant le rapporteur, les symptômes spinaux s'expliquent par l'excitation ou la compression des nerfs, par suite de l'excroissance de la substance osseuse autour des orifices. Il fait dépendre l'hémianopsie de l'accroissement supposé de la glande pituitaire. Il ne place pas l'acromégalie dans une dépendance étiologique des modifications de cette glande, mais il considère ces deux phénomènes comme le résultat d'une seule et même cause.

Après l'application de sangsues à la cloison nasale et au sacrum, l'emploi de vésicatoires et l'usage interne d'iodure de potassium, les douleurs du sacrum et des jambes ont presque disparu, la démarche est devenue plus ferme et la scoliose a diminué. L'état psychique s'est amélioré, la céphalée est devenue plus faible et la cécité moins complète dans la région de l'hémianopsie.

M. G. Dourdoufi. *Pathogénie de la maladie de Graves.* — Le rapporteur distingue : 1° les formes chirurgicales de cette maladie et celles qui dépendent de lésions de régions déterminées du système nerveux; 2° la forme réflexe; 3° la forme essentielle.

Cette dernière forme doit être considérée comme une auto-intoxication causée par une substance dont l'élaboration par la glande thyroïde est exagérée, substance ressemblant, par son action, à la cocaïne qui produit les principaux symptômes de la maladie de Graves.

Discussion. — Cette communication donne lieu à des débats animés, auxquels prennent part MM. les docteurs Mouratof, Roth, Chalalof, Kojevnikof, Rossolimo et Korsakof qui, se basant sur l'expérience clinique, réfutent l'hypothèse du rapporteur et trouvent que l'analogie avec l'empoisonnement par la cocaïne est loin d'être complète (Rossolimo) et qu'il n'existe pas de données effectives en faveur de cette hypothèse (Kojevnikof).

Séance du 4 décembre 1892.

M. M. Luntz. — *Un cas de la maladie de Friedreich* (avec présentation du malade). — Le malade est un garcon de treize ans. Son père est bien portant et ne présente pas de traces de syphilis; sa mère est nerveuse, son grand-père maternel, alcoolique et un de ses cousins, du côté maternel, est faible d'esprit. Son frère cadet a été atteint de la maladie de Friedreich dès l'âge de quatre ans; il est mort à neuf ans de la scarlatine. Les troubles de la marche ont commencé chez le malade dès l'âge de deux ans, à la suite de la rougeole. A sept ans, on a remarqué des troubles dans la parole et dans les mouvements des extrémités supérieures. Il souffre maintenant de céphalée et d'étourdissements. Le *nystagmus* fait défaut et les mouvements des yeux sont normaux. Parole scandée, instabilité choréique du tronc, légère cyphoscoliose de l'épine dorsale, ataxie bien prononcée des extrémités supérieures et inférieures. Signe de Romberg. Démarche tabético-cérébellaire, troubles du sens musculaire dans les extrémités supérieures et inférieures, absence complète des réflexes patellaires.

M. S. Kiriltseff. *Contribution à l'étude des noyaux d'origine et du trajet central du nerf acoustique.* — Le rapporteur a étudié six cerveaux de cobayes chez lesquels (depuis quinze jours jusqu'à six mois), on avait préalablement, soit détruit les limaçons, soit sectionné le ruban de Reil dans sa partie inférieure, soit lésé en partie le tubercule acoustique, soit enfin lésé simultanément avec le noyau antérieur de l'acoustique. Coloration au carmin par le procédé de Weigert-Pal et de Marchi. Se basant sur l'étude des dégénérescences et des atrophies obtenues de cette manière, le rapporteur est arrivé aux conclusions suivantes : 1° le noyau interne et

celui de Deiters ne sont pas le point de terminaison des fibres de la racine postérieure du nerf acoustique; 2° les fibres de cette racine se terminent dans le noyau antérieur, le tubercule acoustique, les deux olives supérieures et le quadrijumeau postérieur du côté opposé. Quelques-unes se terminent peut-être dans le quadrijumeau postérieur situé du même côté qu'elles. Ainsi donc, toutes les masses grises mentionnées sont des centres primitifs de la racine postérieure du nerf acoustique, c'est-à-dire du nerf du limaçon; 3° les fibres de la racine postérieure. qui se terminent dans les olives supérieures, passent par le corps trapézoïdal, tandis que les fibres qui se terminent dans le quadrijumeau postérieur passent en outre par le corps trapézoïdal, dans la partie inférieure du ruban de Reil; 4° *striæ medullares s. acusticæ*, se composent de deux sections : une plus grande, située plus en avant, et une plus petite, située plus en arrière (direction caudale). La grande section part du tubercule acoustique, contourne, à l'extérieur, et par-dessus, le corps restiforme et s'abaisse dans la direction ventrale, en passant obliquement par le raphé. Ici, elle s'entrecroise dans la direction dorsale à partir du corps trapézoïdal, avec le faisceau identique du côté opposé et se termine en partie dans l'olive supérieure opposée, tandis qu'une fraction plus considérable se prolonge dans la direction cérébrale et fait partie du ruban de Reil, puis se dirige vers le quadrijumeau postérieur dans lequel elle se termine. Une partie insignifiante des fibres de cette section de la strie médullaire se porte vraisemblablement vers l'olive supérieure, située du même côté et, plus loin, vers le quadrijumeau supérieur également du même côté. La petite section part du noyau antérieur et, après avoir, comme la grande section, contourné au début le corps restiforme, s'abaisse entre ses sections externe et interne, directement dans la direction ventral, s'étend sur la partie moyenne de la racine naissante du nerf trijumeau et, se détournant plus loin vers la ligne médiane, se dirige dorsalement, à partir du corps trapézoïdal, vers l'olive supérieure de l'un et l'autre côté, en formant un entre-croisement dans le raphé. Les fibres isolées les plus postérieures (direction caudale) de cette section passent dans le noyau du nerf facial situé de leur côté. La marche anatomique et les points de jonction des stries acoustiques, nous permettent de conclure qu'elles constituent les voies d'association centrales du nerf acoustique, voies qui ont un rapport intime avec les centres primitifs de la racine postérieure; 5° le ruban de Reil contient les fibres de l'olive supérieure du même côté, fibres qui l'unissent avec le quadrijumeau postérieur. Il n'y a vraisemblablement pas lieu de nier l'existence de fibres semblables pour l'olive supérieure du côté opposé; 6° dans le corps trapézoïdal passent les fibres du ruban de Reil qui se dirigent vers le noyau antérieur opposé et unissent ce dernier au quadrijumeau postérieur; 7° la

racine antérieure du nerf acoustique, autant que les recherches du nerf rapporteur, d'ailleurs incomplètes sous ce rapport, permettent de le supposer, se dirige partiellement vers le noyau de W. M. Bekhtéref (noyau principal *n. vestibularis*) et s'abaisse en partie vers la racine naissante du nerf acoustique (Roller).

A la discussion ont pris part MM. L. Darkchévitch, W. Roth et G. Pribuitkof.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Aliénation mentale syphilitique.* — Leçons cliniques, par Mairet. (Montpellier, 1893.)

L'auteur distingue, sans les définir, la folie syphilitique de l'aliénation mentale syphilitique et semble accorder à ce dernier terme une compréhension plus vaste qu'au terme folie.

L'aliénation mentale syphilitique a pour critérium clinique les troubles moteurs et sensitifs de la syphilis cérébrale, et comme critérium anatomo-pathologique les lésions de la syphilis; c'est en vertu de ces critériums que l'auteur n'admet pas la folie simple de nature syphilitique, ni la paralysie générale syphilitique; mais il admet que la syphilis cérébrale peut au début revêtir le masque symptomatique de la folie simple, mais bientôt au délire s'ajoutent des troubles révelant la nature organique de la folie; de même aussi la syphilis cérébrale peut revêtir le masque de la paralysie générale et pour cet aspect propose le nom de paralysie généralisée. Pour M. Mairet, toutes les lésions syphilitiques du cerveau pourraient donner naissance à l'aliénation mentale; lésions circonscrites, localisées à foyer unique ou à foyers multiples de toutes les parties constitutives des hémisphères; il ne faut pas confondre les lésions syphilitiques avec les lésions qu'il appelle banales, coïncidant avec la syphilis ou produites à son occasion; ce sont ces lésions qui ne guérissent jamais qui causent l'incurabilité de beaucoup de paralysies généralisées.

La description est assez vague; début souvent brusque, parfois progressif; le délire peut exister seul ou associé à de la démence ou à des troubles paralytiques, d'où quatre formes : folie simple, folie démentielle, folie démentielle avec paralysie localisée, folie démentielle avec paralysie généralisée.

Le délire n'a pas une forme unique ni de caractères spéciaux; il n'est jamais partiel, toujours général.

Le diagnostic repose par conséquent tout entier sur la constatation des phénomènes propres à la syphilis, antécédents, troubles

moteurs partiels (muscles de l'œil); paralysie faciale, hémiplégie plus fréquente.

Ces leçons constituent un exposé bien fait, attrayant mais dont l'esprit ne sort pas satisfait. CHARPENTIER.

NÉCROLOGIE

L.-J.-F. DELASIAUVE.

Notre vénéré maître, M. DELASIAUVE, est mort, le 5 juin, dans sa quatre-vingt-neuvième année.

DELASIAUVE (Louis-Jean-François) est né le 14 octobre 1804, à Garennes (Eure). Il passa son enfance soit dans ce pays, soit à Ivry-la-Bataille et tout jeune aida son père dans son commerce, ainsi qu'il se plaisait si souvent à le rappeler, car loin de rougir de sa modeste origine, en sa qualité de démocrate convaincu, il s'en faisait, au contraire, honneur et avec raison [1]. Il commença tardivement, à Evreux, ses études classiques qu'il mena vite. Puis il vint à Paris étudier la médecine et passa sa thèse en 1830.

Il alla s'établir à Ivry-la-Bataille et acquit bientôt une juste renommée, grâce à son dévouement et à ses connaissances scientifiques qu'il trouva toujours le moyen de perfectionner malgré les soucis et les fatigues d'une nombreuse clientèle.

Mais l'exercice de la médecine en province, à la campagne surtout, constituait un champ trop étroit où il lui fût possible d'exercer son activité et d'utiliser avantageusement ses éminentes facultés intellectuelles. Aussi, dès que les circonstances le lui permirent, s'empressa-t-il de revenir à Paris (vers 1839). Il s'y acquit de suite un rang honorable en prenant une part active à la rédaction de la *Revue médicale* et de l'*Expérience*. Il en profita pour publier les observations les plus intéressantes qu'il avait pu recueillir durant la première période de sa vie de praticien [2].

[1] Dans une profession de foi qu'il adressait aux électeurs du département de l'Eure en 1849, il disait : « Sorti du peuple, élevé dans ses rangs, initié à ses besoins, à ses efforts, à ses douleurs, j'ai demandé pour lui, à l'heure où se taisaient tant de voix puissantes, la justice, la lumière, la réhabilitation, l'intelligence; par des études sévères, je me suis mis en état de défendre ses droits et ses intérêts, j'ai voulu m'élever à la hauteur de ce glorieux apostolat... »

[2] Nous citerons les mémoires suivants : *Descente tardive du testicule, prise pour une hernie étranglée et opérée*, 1840; — *Empoisonnement par les substances alimentaires altérées spontanément*, 1840; — *Consul-*

A la même époque il fit à l'École pratique un cours libre sur la thérapeutique et la matière médicale. En 1843, il fut nommé au concours (à l'unanimité) médecin résident adjoint de l'hospice de Bicêtre et fut attaché au service de Leuret. A la mort de celui-ci, son service fut divisé en deux sections : celle des épileptiques et des enfants arriérés échut à notre maître. Il en fut heureux, lui qui de longue date portait un si vif intérêt aux questions d'enseignement. De là est sorti son beau *Traité de l'épilepsie* (1854) et son remarquable mémoire : *Des principes qui doivent présider à l'éducation des idiots*. Il quitta Bicêtre en 1864 pour prendre à la Salpêtrière la direction médicale de la 4e section consacrée aux épilepques et aux idiotes adultes.

Un peu avant la guerre, l'Administration décida la démolition des bâtiments affectés à la 4e section, et pendant près de deux ans M. Delasiauve se trouva sans service. M. Baillarger s'étant retiré, sa section revint à notre maître qui retrouva là, à côté des épileptiques adultes, le service des petites filles idiotes, c'est-à-dire un service tout à fait semblable à celui qu'il avait eu à Bicêtre. Presque chaque année, il profitait de la distribution des prix faite aux enfants pour revenir sur quelques points de leur éducation spéciale.

C'est au concours et avec des épreuves analogues à celles des médecins du Bureau central que M. Delasiauve fut nommé médecin de Bicêtre. Un premier concours avait été institué par le Conseil général des hôpitaux et hospices, en 1840, afin de pourvoir aux quatre places de médecins résidents adjoints de Bicêtre et de la Salpêtrière. M. Delasiauve venait de s'installer à Paris. Il avait eu l'occasion de connaître MM. F. Voisin et Falret père, et de causer avec eux des questions concernant le service des aliénés. Il se décida à prendre part à la lutte qui allait s'ouvrir. Les places furent données aux élèves d'Esquirol. Deux ans et demi après, l'un d'eux, Archambault, ayant été nommé médecin en chef à l'asile de Maréville, la place vacante fut mise au concours (octobre et no-

tation médico-légale sur une aliénation m'ntale occasionnée par les émanations mercurielles, 1840 ; — *Mémoire sur divers cas de furoncles, d'anthrax, pustules malignes*, 1841 ; — *Mémoire sur divers cas de rétention d'urine*, 1841 ; — *Mémoire sur divers cas de fractures*, 1841 ; — *Expérience sur les conjonctives avec la solution concentrée de nitrate d'argent*, 1844 ; — *Mémoire sur l'extase*, 1842 ; — *Considérations sur les tempéraments, sur les causes des maladies chroniques, à propos de travaux du Dr Foucault sur le même sujet*, 1842 ; — *Considérations théoriques sur la folie*, 1843 ; — *Mém. sur l'angine laryngée œdémateuse ;* — *Examen de diverses critiques de la phrénologie ;* — *Essai de classification des maladies mentales ;* — *Déontologie médicale*, 1846 ; — *Note sur les fièvres intermittentes pernicieuses*, 1852 ; — *Notices biographiques sur Foucault, Dupuytren*, etc.

vembre 1843). Sa nomination lui fut notifiée le 22 décembre et il prit possession de son service le 11 janvier 1844. Partisan convaincu du concours, il protesta lorsque Marcé fut nommé directement au poste de médecin créé à la ferme Sainte-Anne, dépendant de Bicêtre. Le ministère de l'intérieur cherchait à mettre la main sur



Dr DELASIAUVE.

le service des aliénés de la Seine et à l'enlever à l'Assistance publique. Plusieurs des collègues de M. Delasiauve en profitèrent quelque temps après, pour demander, en ce qui les concernait, l'abrogation de la limite d'âge que leur imposait leur qualité de médecins des hôpitaux. Il refusa d'abord de les suivre, puis céda, vaincu par leurs sollicitations. Il fut ainsi amené à conserver ses fonctions jusqu'en 1878, époque où, sans y être sollicité, il donna sa démission. « C'est une illusion de croire, nous écrivait-il alors, que je puisse m'éterniser dans un titulariat fictif. Moreau et moi nous devons disparaître. Le retraite de l'un entraîne forcément la retraite de l'autre. »

Comme médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, jusqu'à sa retraite, il s'est acquitté de ses fonctions avec la plus rigoureuse exactitude, qualité devenue rare de nos jours. Tout le personnel de ces Maisons, surtout de Bicêtre où il était résident, auquel il prodiguait sans compter et bénévolement ses soins avec une bienveillance constante et un dévouement inépuisable, lui a gardé une profonde reconnaissance. Il s'intéressait vivement à ses élèves, leur inspirait le sentiment des devoirs que leur imposait leur profession les incitait au travail et se faisait un plaisir de les aider dans l'élaboration de leurs thèses.

M. Delasiauve a été l'un des fondateurs de la *Société médico-psychologique*, dont il fut le président, et prit à ses travaux une part des plus actives, ainsi qu'en témoigne la belle collection des *Annales médico-psychologiques*. Il fut aussi l'un des dix-neuf fondateurs de la *Société d'anthropologie* (1859), participa souvent à ses discussions et en fut le président. On trouve encore des marques de son activité dans les *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux* [1] et de la *Société de médecine de Paris*.

En M. Delasiauve, le publiciste ne fut pas moins fécond que le membre des Sociétés scientifiques. Outre les journaux dont nous avons parlé, il a collaboré activement à la *Gazette hebdomadaire*, de 1854 à 1851, année où il fonda le *Journal de médecine mentale*, dont tous les articles sartaient de sa plume ou étaient soigneusement revus par lui. Ces articles, réunis, formeraient des traités complets de psychologie, de pathologie, de médecine légale et de thérapeutique des maladies mentales. Après la guerre de 1870-1871, il ne reprit plus la publication de son journal et c'est au *Progrès médical* ou aux *Archives de Neurologie* qu'il a donné ses derniers travaux.

Ce n'est pas tout. Pour être complet, nous devons rappeler que M. Delasiauve s'est sans cesse préoccupé des questions politiques et sociales ; qu'il joua un rôle actif dans les élections législatives (1848-1889) et municipales (1871-1890) ; qu'il dut à sa situation

[1] Voici la liste de ses principales communications à cette Société : *Tumeurs multiples disposées symétriquement sur les deux côtés du corps* (27 février 1861) ; — *Confusion mentale*, illusions et hallucinations incohérentes dues à l'abus invétéré de l'opium, du haschich, et des alcooliques (29 juin 1862) ; — *Gangrène du cerveau* (p. 104, t. I, 1850) ; — *Observation de calcul volumineux du sein gauche* ayant déterminé la fonte purulente de cet organe et la communication du foyer avec la cavité abdominale et l'intestin grêle (p. 168, t. I, 1850) ; — *Degré particulier du delirium tremens* (p. 310, t. I, 1850) ; — *Compression de la moelle épinière par une tumeur osseuse* (p. 354, t. I, 1850) ; — *Fungus de la dure mère* (p. 314, t. II, 1850) ; — *Délire de persécution* (23 juillet 1880) ; — *Note sur les phénomènes nerveux du goitre exophthalmique* (p. 292, 1874), etc.

scientifique et à ses relations d'échapper à la proscription de l'Empire, dont il fut un des adversaires irréconciliables et dont, plus tard, il sut refuser dignement les faveurs. Comme on le verra plus loin, nombreuses sont ses publications sur les questions politiques à l'ordre du jour, sur l'enseignement de la médecine, sur l'Assistance publique. On peut le considérer à juste titre comme l'un des écrivains qui ont le mieux mis en relief l'importance, au point de vue social, de la médecine et du médecin.

Par ses travaux en psychiatrie, M. Delasiauve s'était créé une place des plus enviables parmi cette brillante pléiade d'aliénistes qui a succédé à Pinel, Esquirol, Ferrus, Bayle, Falret père, F. Voisin, et qui se composait entre autres de Baillarger, Calmeil, Leuret, Lélut, Moreau (de Tours), Morel, Parchappe, Renaudin et Trélat.

Par l'élégance de son style, l'harmonie de sa phrase, le choix des expressions, il méritait cette appréciation que nous avons entendu formuler par Axenfeld : « De tous les médecins contemporains, disait-il, celui qui écrit le mieux, c'est Delasiauve. »

Par son dévouement aux malheureux, par ses efforts incessants pour amener dans l'organisation de l'Assistance publique, non seulement à Paris mais dans tout le pays, des réformes radicales destinées à remédier aux abus, à apporter des secours prompt et efficaces à ceux que la maladie ou la misère obligent à faire appel à la solidarité sociale[1]; par son ardeur, qui ne s'est jamais démentie, à réclamer la diffusion de l'enseignement primaire, à mettre l'enseignement de la médecine plus en harmonie avec les besoins des étudiants et avec les progrès de la science; par sa participation à toutes les luttes politiques en faveur de la liberté, notre vénéré maître mérite l'hommage et la reconnaissance de tous ceux qui ont au cœur l'honneur de la Patrie et de la République.

BOURNEVILLE.

Voici la liste des autres travaux de M. Delasiauve :

Discours prononcé le 10 juin 1838, à l'occasion de la distribution des prix de l'école primaire de Garennes (Eure); — *Lettre à MM. les pairs, à l'occasion de la condamnation de Mme Lafarge, en collaboration avec G. Gallet*, 1841; — *De l'extase* (*Recueil de l'Eure*, 1842); — *De l'organisation médicale en France sous le triple rapport de la*

[1] Dès 1843, dans son beau livre sur l'*Organisation médicale en France*, il réclamait en termes éloquents la création d'hôpitaux dans les petites villes et dans les campagnes : « Les établissements dont nous souhaiterions qu'on dotât les campagnes, écrivait-il, devraient réunir le triple caractère d'*hôpitaux*, d'*hospices* et de *dispensaires*. » Il y a de cela bientôt un demi-siècle et cette organisation, qu'il précise si nettement, n'est pas commencée !

pratique, des établissements de bienfaisance et de l'enseignement, 1843; — *Agrégation : Lettre à M. le Directeur de la* Revue Médicale, 1844 ; — *Rapport à la Société de médecine de Paris sur les questions proposées dans les progrès du Congrès médical de* 1845, 1845; — *Du projet de loi sur l'exercice de l'enseignement de la médecine*, 1847 ; — *La République, ce qu'elle est, ce qu'elle doit être*, 1849 ; — *Nature et degré de l'enseignement primaire*, 1849 ; — *Un an de révolution ou la situation politique et sociale*, 1849 ; — *De l'enseignemedt clinique dans les hôpitaux*, 1858; — *De l'hallucination au point de vue pathologique* (*Rev. des spécialités*, 1856) ; — *De la création d'asiles communaux pour le traitement des aliénés. D'un mode simple rationnel et efficace d'assistance pour lss malheureux*, 18 65 ; — *Ecole de la Salpêtrière pour les enfants malades, infirmes et arriérées de la* 5e *division. Distribution solennelle des prix*, 1872 ; — *Confusion politique, dangers, causes, remède*, 1873 ; — *La solution du problème gouvernemental*, 1874 ; — *Du double caractère des phénomènes psychiques*, 1877 ; — *De la clinique à domicile et de l'enseignement qui s'y rattache dans ses rapports avec l'assistance publique*, 1877 ; — *Classification des maladies mentales ayant pour double base la psychologie et la clinique*, 1877 ; — *Distribution des prix à l'école des enfants idiots épileptiques de la Salpêtrière, discours*, 1878, 1879 ; — *Le scrutin de liste devant la Chambre des députés*, 1881 ; — *Discussion à propos d'une prétendue monomanie religieuse*, 1882 ; — *Du double caractère des phénomènes psychiques*, 1877 ; — *De l'enseignement médical*, lettre à M. J. Duval, 1868; — *D'une forme mal décrite de délire consécutif à l'épilepsie*, 1852 ; — *Diagnostic différentiel du délirium tremens* (*Rev. méd.*, 1851 ; — *Du diagnostic différentiel de la lypémanie* (*Annales médico-psychologiques*, 1851) ; — *Classification et diagnostic différeutiel de la paralysie générale ;* Paris, 1852 ; (*Annales médico-psychologiques*) ; — *Examen des critiques adressées à la phrénologie*, 1843 ; — *Lettres sur le suicide* (*L'observation*) ; — *De la mélancolie avec stupeur : stupidité.* Réponse à M. Baillarger (*Revue médicale*, 1853)*;* — *Conséquences de l'épilepsie* (*Annales méd. psych.*, 1854, p. 86.

Nous avons enfin relevé dans la *Cazette hebdomadaire* la liste des principaux articles de M. Delasiauve :

D'une forme grave de delirium tremens, 1852; — *Lettres sur le suicide* ; — *Des pseudo-monomanies ou folies partielles diffuses*, 1859; — *Rapport du Comité administratif de l'œuvre de patronage de la Salpêtrière et de Bicêtre*, 1854; — *Rapport à l'assistance publique au nom du Comité des médecins des hôpitaux*, 1846*;* — *De la monomanie au point de vue psychologique et légal*, 1853; — *Rapport sur l'épilepsie* (id. 1858, p. 774); — *Vice du langage psychologique* (id. 1858, p. 161) ; — *La Société médico-psychologique ; ses phases et ses travaux* (1858, p. 161, 585); — *Effet de l'opium*

(1859, p. 238); — *Sur la monomanie* (1859, p. 285); — *Des tumeurs sanguines de l'oreille* (1859, p. 306, 322, 450); — *Traitement de l'Idiotie* (1859, p. 161, 199, 225, 241); — *Noyau d'abricot introduit dans le larynx* (1859, p. 648); — *Des principales sources d'indications thérapeutiques dans l'épilepsie*, 1854, p. 204; — *Manie des prêches et lectures aans le Lappmarck*, 1854, p. 1069; — *Effets de la strychnine*, 1855, p. 423; — *Traitement de l'idiotie*, 1855, p. 524; — *Sur les pressentiments*, 1856, p. 489; — *Tuyau de pipe introduit dans le larynx pendant un accès d'épilepsie*, 1856, p. 239; — *Délire consécutif à l'épilepsie*, 1854, p. 546; — *Folie au Bengale*, 1857, p. 585; — *Sur les sectateurs de Piseld*, 1857, p. 225; — *Accidents produits par la térébenthine*, 1858, p. 659; — *De la monomanie*, 1858, p. 585; — *Empoisonnement par l'opium*, 1858, p. 500; — *Délire aigu*; *iodisme (?)*; — *Démence paralytique*; *influence des vapeurs de sulfure de carbone*, 1860, p. 445; — *Sur les hallucinations* (*Ibid.*, p. 666), etc.

Les obsèques de notre vénéré maître ont eu lieu le 7 juin à midi. Nous avons remarqué dans l'assistance MM. les Drs Falret, Magnan, Reliquet, Laborde, Christian, Laboulbène, J. Voisin, Ch. Féré, A. Voisin, Charpentier, Semelaigne père, Mottet, Ritti, René Semelaigne, Bihorel, Perrin, Durozier, Deffaux; MM. Ad. Carnot, président de la *Société d'enseignement élémentaire*, Remoiville, ancien député, Salmon, président de la *Société d'Anthropologie*, Pujol, le Dr Ch. Letourneau, le Dr Manouvrier, le Dr Loiseau, le Dr Dureau, Mlle Nicolle, M. Sauton, le Dr Moissenet, le Dr Pinel, le Dr Bouchereau, le Dr Dubuc, de Beurmann, Deschamps, E. Duval, le Dr Collineau, J. Vinot, H. Durand, Lépargneux, Maupas, etc. Une délégation de surveillantes de la Salpêtrière entourait le corbillard.

Après la cérémonie religieuse le corps a été transporté dans la cour du presbytère où des discours ont été prononcés; par M. le Dr Jules Falret, au nom des médecinsaliénistes de la Seine; par M le Dr Christian, au nom de la Société médico-psychologique; par M. le Dr Semelaigne, au nom des anciens élèves du maître; par M. le Dr Laborde, au nom de la Société d'anthropologie; par M. le Dr Isambard, député de l'Eure, au nom de l'Association amicale des républicains de l'Eure, habitant Paris. Après les discours, le corps a été transporté à la gare Saint-Lazare, l'inhumation devant avoir lieu à Garennes (Eure), pays de naissance de M. Delasiauve.

Voici le discours prononcé par M. le Dr Falret, médecin de la Salpêtrière :

Au nom des médecins des asiles d'aliénés de la Seine, je viens aujourd'hui rendre un dernier hommage et exprimer les vifs

regrets que nous ressentons à l'occasion de la mort d'un collègue aimé et respecté, notre doyen à tous, qui vient de succomber à la fin d'une longue carrière, honorablement remplie, ne laissant parmi nous que des amis.

C'est une grande perte pour la médecine mentale, qui vient s'ajouter à toutes celles que nous avons déjà éprouvées. Après Baillarger et Benjamin Ball, dont nous déplorons tous la perte récente, voici notre excellent collègue et maître, le Dr Delasiauve, qui disparaît à son tour, l'un des vétérans de notre science spéciale, l'un des derniers survivants de cette nombreuse phalange de médecins spécialistes, élèves de nos grands maîtres, Pinel et Esquirol, qui ont tous succombé successivement; Ferrus, Parchappe, mon père, Félix Voisin, Mitivié, Trélat, Moreau de Tours, Baillarger, Morel, etc., etc., noms célèbres qui ont illustré la médecine mentale française au XIXe siècle, et dont les travaux importants laisseront une trace profonde et durable dans l'histoire de notre science spéciale.

Le Dr Delasiauve est né en 1804, à Ivry-la-Bataille, dans le département de l'Eure. Après de sérieuses études médicales, il ne s'était pas d'abord destiné à notre spécialité. Reçu docteur en 1830, il exerça la médecine pratique dans son pays, pendant un certain nombre d'années, et ce n'est que vers 1843, qu'il se décida à abandonner son pays, où il avait pourtant réussi à se créer une clientèle, pour venir se fixer à Paris et y parcourir la carrière des concours.

A cette époque, après un premier concours pour quatre places de médecins-adjoints des asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, à la suite duquel furent nommés MM. Baillarger, Trélat, Moreau de Tours et Archambault, un second concours fut ouvert, et après de brillantes épreuves, M. le Dr Delasiauve fut nommé médecin adjoint à l'hospice de Bicêtre.

A partir de ce moment, son avenir fut définitivement fixé. Il partagea dès lors sa vie entre son service de Bicêtre, où il se livra à des études sérieuses sur les diverses branches de la pathologie mentale et ses travaux sur l'organisation médicale, l'éducation populaire et la politique, à laquelle il fut toujours mêlé de la façon la plus active.

Il publia alors son livre sur *l'Organisation de la médecine en France*, travail auquel il attachait une grande importance, et qu'il défendit avec chaleur au Congrès médical de 1845. Avec Baillarger, Cerise et Moreau de Tours, il participa à la même époque, à la fondation des *Annales médico-psychologiques*, et avec mon père à la création de la Société de patronage pour les aliénés convalescents, dont il est resté l'un des membres les plus actifs jusqu'à sa mort.

En 1848, il se lança, avec une ardeur toute juvénile, dans la politique contemporaine et collabora à plusieurs journaux républicains, sans négliger cependant ses travaux sur la médecine mentale,

l'épilepsie et l'éducation des idiots, dont il avait la direction médicale et pédagogique à l'hospice de Bicêtre et qu'il continua plus tard à la Salpêtrière. En 1852, il fut l'un des fondateurs de la Société médico-psychologique, dont il devint plus tard président, et pendant toute sa vie, il prit part à toutes les discussions importantes qui eurent lieu dans cette Société, sur la *paralysie générale*, la *monomanie au point de vue légal*, la *responsabilité partielle*, les *divers modes d'assistance pour les aliénés*, etc., etc., avec cette exubérance de parole, cet amour de la discussion et cette vigueur pour la défense de ses idées, qui le caractérisaient au plus haut degré.

Mais, après son traité classique sur l'*épilepsie et son traitement*, son œuvre principale est son *Journal de médecine mentale*, qu'il dirigea seul et à ses frais, pendant dix années consécutives et où il a exposé, avec les plus grands développements, ses idées personnelles sur la pathologie mentale et la médecine légale des aliénés, tout en discutant avec énergie, mais toujours avec modération dans la forme, les opinions de ses adversaires.

C'est dans ce recueil important et dans les *Annales médico-psychologiques*, qu'il a déposé les résultats du travail incessant de toute sa vie, et en particulier ses idées personnelles *sur la monomanie* et la *pseudo-monomanie*, auxquelles il attachait une grande valeur, quoiqu'elles n'aient pas pu obtenir l'assentiment général, et qu'elles se ressentent trop des tendances purement psychologiques qui dominaient alors la médecine mentale.

Son ardeur pour la science à laquelle il avait consacré son existence, ainsi que pour l'organisation médicale, l'éducation populaire et l'éducation spéciale des idiots, qui le préoccupaient incessamment, ont été les passions dominantes de sa vie.

Travailleur infatigable, lutteur passionné, orateur disert et abondant, toujours prêt à la discussion et à la réplique, écrivain distingué et fécond, penseur original, mais trop souvent dominé par des idées chimériques et irréalisables, il a offert, pendant toute sa vie, cet étonnant contraste d'un esprit porté à la lutte, à l'opposition et à la controverse, toujours enclin à contester les idées généralement acceptées, et en même temps, d'un cœur aimant et bienveillant, disposé à l'indulgence et à l'optimisme, inspirant la sympathie et l'affection à tous ceux qui se trouvaient en rapport avec lui et animé d'un profond amour de l'humanité.

Après une vie si longue et si laborieuse, il s'est éteint lentement et successivement, conservant cependant jusqu'à la fin sa lucidité d'esprit, et nous laissant, comme héritage, le salutaire exemple d'un labeur continu et productif, dans le domaine de la science spéciale qu'il a cultivée, en même temps que celui d'une existence de dévouement et d'honnêteté sans tache, animée par le plus pur amour de l'humanité et par les aspirations les plus élevées pour les progrès incessants de l'espèce humaine.

Puis, M. le Dr Christian a parlé ainsi au nom de la *Société médico-psychologique :*

Messieurs,

C'est une belle et noble figure qui vient de disparaître. A l'âge auquel était arrivé M. Delasiauve, — âge que bien peu d'entre nous peuvent espérer d'atteindre, — la fin devait sonner. Notre maître a quitté la vie, comme le travailleur, qui, à la tombée de la nuit, abandonne son ouvrage, et va prendre son repos. Et cependant, il y a quelques jours à peine, nous le voyions plein de vie à nos séances, et nous ne pouvions penser que la séparation fût si proche.

Si longue qu'ait été l'existence de M. Delasiauve, elle a été d'une admirable unité. Arrivé au terme de sa course, il pouvait avec orgueil regarder en arrière, et se rendre ce témoignage que jamais il n'avait transigé avec les principes dont il s'était fait, dès sa jeunesse, le défenseur ardent et convaincu. Libéral il était en 1830, à son entrée dans la carrière : libéral il est resté jusqu'à son dernier souffle. S'il a eu la joie de voir triompher les idées qui lui étaient chères, il pouvait se dire qu'à ces idées il était toujours resté fidèle, qu'il n'avait jamais désespéré d'elles, même aux heures sombres où elles semblaient à jamais compromises.

Né en 1804, dans le département de l'Eure, M. Delasiauve fut reçu docteur en 1830. Il aimait à raconter que la soutenance de sa thèse devait avoir lieu le jour même où la révolution éclatait dans Paris. Il prit aisément son parti d'un retard de quelques jours, et bientôt il allait s'établir dans son pays natal. Pendant huit ans, il y mena la vie si rude et si méritante de médecin de campagne. Mais les soins à donner à ses malades n'étaient pas pour lui une tâche suffisante. Les questions qui aujourd'hui tiennent le premier rang dans nos préoccupations, les questions d'assistance, d'instruction publique. l'avaient passionné à une époque où elles éveillaient à peine l'attention de quelques hommes d'élite. Il avait cherché des solutions, imaginé des réformes; jamais il ne laissa passer une occasion de les discuter au grand jour de la publicité. Nous verrons peut-être s'élever les hôpitaux cantonaux qu'il avait rêvés : ce ne sera que justice alors d'y rattacher le nom de M. Delasiauve.

En 1838, M. Delasiauve se décida à quitter la province; il vint se fixer à Paris. Bientôt il était nommé, au concours, médecin de Bicêtre. Dès lors, sa carrière se trouva définitivement tracée, et toute son activité scientifique se porta sur la pathologie mentale. Placé à la tête d'un service d'enfants idiots et épileptiques, il étudia spécialement l'épilepsie, et lui consacra un livre qui est resté longtemps classique. Arrivé à une époque où les questions de classification jouaient un rôle important, il fit, lui aussi, un essai de classification, qu'il défendit avec l'ardeur entraînante qu'il mettait en toutes choses. Nous l'avons entendu au Congrès de 1889; il y venait

exposer avec une verve toute juvénile, qu'aucun échec n'avait lassée, les bases de cette classification qui lui était chère, et que depuis près d'un demi-siècle il avait vaillamment défendue. Seul il n'avait pas varié; seul il paraissait surpris de parler une langue que son auditoire ne comprenait plus.

Rappellerai-je ses études sur la stupeur, sur les pseudo-monomanies, son *Journal de médecine mentale* qu'il a rédigé presque seul pendant une dizaine d'années et qui ne fut interrompu qu'en 1870! Tous ces travaux sont connus et suffiraient à lui assurer une place parmi les maîtres.

Mais ce n'était pas assez pour lui : il faisait des cours à l'Ecole pratique, il gardait la clientèle des pauvres de son arrondissement. Et son service d'hôpital, comme il s'y intéressait, comme il s'y donnait tout entier! L'un des premiers, il s'est occupé de l'éducation des enfants arriérés et idiots. En lisant les pages que le sujet lui a inspirées, on se demandera ce qu'il faut admirer le plus, de l'ingéniosité des moyens qu'il mettait en œuvre, ou de l'exquise bonté de cœur qui lui dictait ses inspirations.

M. Delasiauve a parcouru une vie exceptionnellement longue. Son existence a toujours été simple et modeste. Dédaigneux des honneurs il n'a cherché sa récompense que dans la joie du devoir accompli. Ceux qui ont vécu dans son intimité ont pu seuls apprécier toute l'étendue de ses qualités, toute la délicatesse de son cœur, toute l'élévation de son âme. Mais tous ceux qui l'ont approché, tous ceux qui l'ont vu dans les sociétés savantes auxquelles il est resté fidèle jusqu'à la dernière heure, peuvent dire que c'était, dans toute l'acception du mot, un homme de bien.

La Société médico-psychologique adresse un suprême adieu au maître qui a été un de ses membres fondateurs et un de ses anciens présidents. Elle conservera pieusement la mémoire de M. Delasiauve; son nom sera toujours prononcé avec respect.

M. le Dr Semelaigne a prononcé ensuite le discours suivant au nom des anciens élèves de M. Delasiauve :

Ils s'en vont, nos vieux maîtres! De la forte génération qui put voir encore Pinel et Esquirol, il ne restait plus, avec le vénérable M. Calmeil, que M. Delasiauve dont la robuste santé semblait inébranlable. Et voilà, qu'après quelques jours de maladie, il vient de s'éteindre, à quatre-vingt-neuf ans, conservant jusqu'à la fin la plus grande partie de ses forces intellectuelles et toute la chaleur de son cœur, épuisant jusqu'au dernier instant les pensées de toute sa vie. M. Delasiauve est mort préoccupé d'idées de progrès et d'amélioration sociale.

Quelques mots suffisent à faire connaître le savant, le médecin et l'homme au cœur généreux que nous avons aimé.

D'abord médecin de campagne, à Ivry-la-Bataille, pendant une douzaine d'années, M. Delasiauve y acquit rapidement une réputation des plus enviables. Son activité sans bornes, son dévouement infatigable, sa bienveillance et sa charité lui valurent bientôt une vaste clientèle et son heureuse pratique justifiait la confiance des malades. Mais, si absorbants qu'ils fussent, les soins de cette clientèle ne suffisaient pas à remplir la vie de M. Delasiauve. Membre dès 1833, de la délégation cantonale, il prit sa mission au sérieux, et s'éprit d'une véritable passion qui ne le quitta plus pour les questions d'instruction et de pédagogie. C'est en s'appuyant sur l'expérience acquise en ces modestes fonctions de délégué cantonal, que M. Delasiauve proposait, il y a bientôt cinquante ans, aux divers degrés de l'enseignement public, des réformes qui commencent seulement aujourd'hui à se réaliser.

Il n'est que juste de rappeler qu'il en fut un des premiers promoteurs, comme aussi de la création des hospices cantonaux et de l'organisation médicale dans les campagnes qu'il réclamait dès 1865, devançant de bien loin l'action des pouvoirs publics.

Quel que soit le mérite des travaux de M. Delasiauve, relatifs à l'enseignement et à l'assistance publique, c'est surtout comme médecin qu'il est connu. Conscient de sa valeur, malgré sa modestie, il sentait que dans un autre milieu qu'Ivry-la-Bataille et dans d'autres conditions, son intelligence se déploierait plus à l'aise et s'affirmerait plus utilement. Paris l'appelait. En 1844, après un brillant concours, il était nommé médecin de Bicêtre. A partir de cette époque, il marquait sa place dans la science mentale par des travaux considérables. Il serait trop long de les énumérer, et ce n'en est pas ici le lieu. Un des plus importants, couronné par l'Institut, est son *Traité de l'épilepsie*, monographie complète et saisissante dans l'exposé des symptômes de cette terrible névrose. Dans un recueil arrêté au dixième volume, le *Journal de médecine mentale*, fondé par lui et dont il fut le principal rédacteur, M. Delasiauve s'est montré un écrivain des plus distingués, avec sa forme particulière, son originalité propre servie par un style correct, clair et précis. C'est là qu'on trouve exposée sa classification des maladies mentales, si remarquable de logique et de simplicité.

A Bicêtre d'abord, M. Delasiauve s'occupa principalement de recherches sur l'éducation des idiots. Non sans peine, il obtint quelques améliorations dans ce service des idiots, aujourd'hui magnifiquement installé et dirigé par une volonté énergique. Plus tard, la Salpêtrière fut une autre étape de sa carrière, où tous les jours, comme à Bicêtre, il consacra de longues heures à la classe des idiots et des enfants arriérés. Il aimait à suivre les exercices de ces enfants, les interrogeait lui-même. Educateur né, il était aussi habile à saisir le moindre éclair d'intelligence, qu'heureux d'en tirer parti. Le fait est que chez ces déshérités du sort, on obtient par des

méthodes appropriées, plus qu'on aurait pensé ou espéré au début.

Eh bien, après tant de services et plus de quarante ans consacrés au soulagement des malheureux, dans les deux grands asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, aucun signe de distinction n'est venu montrer qu'on tînt compte à M. Delasiauve de son dévouement, de son abnégation et de tout le bien qu'il faisait si simplement.

Appartenant à différentes sociétés savantes, M. Delasiauve avait une prédilection bien naturelle pour la Société médico-psychologique. Il en était un des membres fondateurs; il l'avait vue naître et grandir, il en avait présidé les séances. Plus qu'ailleurs, il s'y sentait chez lui, on l'y écoutait avec attention et déférence. Ses mœurs simples, ses relations agréables et sûres, faisaient que là, comme ailleurs, il n'avait que des amis.

D'autres plus compétents étudieront sous d'autres faces cet esprit d'élite; pour moi, je n'ai voulu qu'esquisser rapidement la vie de M. Delasiauve, véritable vie de bénédictin, toute entière remplie par le travail et la pratique du bien, et rappeler que chez M. Delasiauve le cœur était au moins à la hauteur de l'intelligence!

Encore un mot. C'est au nom des anciens élèves de M. Delasiauve que j'ai apporté ici, en face de son cercueil, le juste tribut de sympathie et de reconnaissance que nous devions à sa mémoire. Au nom de tous, adieu, cher et vénéré maître.

Au nom de la *Société d'anthropologie* le discours suivant a été prononcé par M. Laborde :

Après les nombreux et si justes hommages qui viennent d'être rendus au grand médecin spécialiste, au savant, au penseur et à l'écrivain, à l'homme de bien, il semble qu'il n'y ait plus aucun titre à ajouter à tous ceux qui viennent d'être énumérés et loués en Delasiauve.

Eh bien! il en revendique encore un, qui n'est pas de moindre mérite et au nom duquel je viens saluer sa vénérée mémoire : celui d'anthropologue et de membre de la *Société d'anthropologie*, une des sociétés qui ont honoré et honorent le plus la science française, à la fondation de laquelle il participa et qu'il a suivie et servie jusqu'à son dernier souffle.

Lorsqu'en 1859-60 notre illustre et regretté Broca animaient de leur souffle puissant et créateur, quelques-uns de ses collègues et amis qu'il associait à son œuvre pour la fondation d'une science nouvelle et d'une société destinée à en poursuivre et favoriser l'étude et le développement, il trouva en Delasiauve un esprit naturellement ouvert et préparé à cette collaboration.

Ils venaient, du reste, de se rencontrer sur le fécond et vaste champ d'étude de Bicêtre, où Delasiauve avait déjà jeté les bases de sa renommée et ses remarquables travaux sur l'épilepsie et l'i-

diotie, dont je vois à ses côtés le continuateur, dans un de ses plus dignes élèves, le Dr Bourneville (qu'il est profondément regrettable de ne pas entendre ici nous parler du maître, dont personne n'a plus que lui pu pénétrer les intimités), et à Broca préludait à se mémorables découvertes, notamment à celles de la localisation de la fonction du langage articulé.

Delasiauve fut donc l'un des dix-neuf fondateurs de la Société d'anthropologie, et il en restait naguère le quatrième survivant, avec Brown-Séquard, Verneuil et Dareste.

Dans le milieu et sur le terrain scientifique nerveux, qui ouvraient les larges horizons à l'histoire naturelle de l'homme, Delasiauve trouva et ne manqua pas de saisir l'occasion favorable de déployer l'infatigable activité de son esprit, et il apporta dans toutes les questions et discussions pendantes, avec les inépuisables ressources de sa dialectique, l'appui de sa grande expérience et de sa compétence.

Il suffit de parcourir le *Bulletin* de la société, depuis le début jusqu'à ses dernières années, pour rencontrer partout, presque à chaque page, les traces et les témoignages de cette intervention toujours et féconde, qui pendant vingt-cinq ans, n'a pas cessé d'être sur la brèche : une simple énumération des sujets où s'est produit cette intervention, donnera une idée de sa multiplicité et de son importance.

La *perfectibilité des races*, une des premières questions traitées et discutées à la société naissante, dont elle s'occupa durant près d'une année, et à laquelle Delasiauve apporta des éclaircissements moraux et imprévus puisés dans l'observation étiologique de son pays.

Le *volume et la forme du cerveau* ; — *le poids du cerveau des micracéphales* (1859-60 et 1875) ; — le *poids des hémisphères cérébraux*; — *sur un crâne parisien déformé* ; — *sur l'homme et les animaux ;* — *sur le siège des phénomènes intellectuels* ; — *sur la criminalité* ; — *sur la déformation toulousaine* ; — *L'acclimatement des Européens en Algérie* ; — *la natalité dans les différentes classes de la société* ; — *sur la vision de la série des nombres* ; — *le suicide* ; — *la dégénérescence humaine* ; — *sur un cas de nanisme* ; — *le crétin de Batignolles.*

Il était, comme on le sait, fidèlemont attaché à la société et à ses travaux, et il ne manquait pas une de ses séances bimensuelles, sans compter celles de son comité d'administration, dont il faisait depuis longtemps partie.

Quelques jours avant de s'éteindre, il gravissait encore avec cette ardeur juvénile qui a été, jusqu'au dernier jour, le privilège de ses quatre-vingt-neuf ans, les hauts et pénibles étages du musée Dupuytren, pour venir s'asseoir à sa place accoutumée, au milieu de vous; et vous recueillerez, comme toujours, son aimable sourire et sa franche et sincère poignée de main qui, pour moi personnellement — il me sera permis de le rappeler ici — avait une

signification particulière, car elle me disait, et le regard du beau vieillard accusait cette pensée :

« A vous, qui avez apprécié mon inébranlable fidélité à des convictions que vous partagez et qui lui avez rendu justice, cette étreinte me dit toute une sympathie et toute une estime. »

Vous voudrez bien permettre, Messieurs, à un des élèves qui s'honore, d'avoir recueilli du maître la haute leçon et l'exemple d'indépendance civique qui fut un de ses plus grands mérites, de se montrer fier de cette estime et de cette sympathie, et de la remercier sur cette tombe, qui n'emporte pas seulement le savant, le penseur et l'écrivain, le philanthrope qui a laissé — ce qui est rare en notre temps — un caractère.

Au nom de la Société d'anthropologie, je salue de ces hommages respectueux et reconnaissants, la mémoire du Dr Delasiauve.

M. le Dr Isambard, député de l'Eure, s'est exprimé ainsi qu'il suit au nom des républicains du département de l'Eure :

« Les compatriotes de M. Delasiauve ont voulu qu'une voix appartenant au département de l'Eure lui adressât un dernier adieu. C'est ce pieux devoir que je viens remplir.

On vous a dit ce qu'avait été le savant, ce qu'avait été le praticien, le bien qu'il avait fait dans ce Ve arrondissement, où il a passé la plus grande partie de son existence. C'est du citoyen que je voudrais vous dire un mot.

Quelque absorbé qu'il fût par ses travaux, M. Delasiauve ne s'est jamais désintéressé des affaires de son pays. Dès sa jeunesse, il a eu le culte de la liberté et l'amour de la République. En 1830, il faisait partie du groupe libéral qui en entrevoyait l'avènement avec les Hippolyte Carnot et les Charton dont il était l'ami intime. Il a vu son rêve réalisé en 1848, quand notre grand compatriote Dupont de l'Eure devint le président du gouvernement provisoire.

La science le consola de l'Empire.

Il était appelé à revoir la République s'établir une troisième fois dans notre pays et il a eu la grande consolation de vivre assez longtemps pour avoir la certitude qu'elle y était cette fois définitivement fondée.

Sans doute elle n'a pas encore exécuté toutes les réformes conçues et réclamées par ce vaillant esprit, particulièrement dans des travaux remarquables sur les questions d'enseignement et d'instruction populaire. Mais déjà les progrès accomplis par notre démocratie sont considérables dans la voie que M. Delasiauve avait depuis longtemps indiquée.

Il était resté jeune et enjoué, malgré ses quatre-vingt-neuf ans, il aimait la fréquentation des jeunes, il leur prodiguait volontiers des conseils toujours écoutés.

Il est l'un des fondateurs de cette Association des républicains de l'Eure, où sa perte sera vivement ressentie. Il était l'un des hôtes assidus de ses réunions mensuelles, il avait trouvé là le moyen de satisfaire trois passions qui, avec la science, s'étaient partagé sa vie : l'amour de la jeunesse, l'amour de la République et l'amour de ce département qui va recevoir et qui conservera pieusement sa dépouille mortelle.

ASILES D'ALIÉNÉS.

Nominations et promotions. — 29 mai 1893. — Le Dr Doursout, directeur-médecin de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), est élevé à la 1re classe du cadre (7.000 fr.); — 13 juin 1893. — M. le Dr Adam, médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), en remplacement du Dr Martinenq appelé à d'autres fonctions (20 juin 1893), il est placé en cette qualité dans la 2e classe du cadre (6.000 fr.); — 26 juin 1893. — Le Dr Fabre, directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), est nommé médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse); — 29 juin 1893. — Le Dr Bellat, médecin-adjoint de l'asile de Dijon, est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier, en remplacement du Dr Fabre; il est placé en cette qualité dans la 3e classe du cadre (5.000 fr.).

Par arrêté ministériel du 29 juin 1893 sont promus à dater du 1er juillet : à la classe exceptionnelle du cadre (8.000 fr.), M. le Dr Friese, directeur-médecin de l'asile de La Roche-Gandon (Mayenne). — A la 1re classe du cadre (7.000 fr.) : M. le Dr Schils, directeur-médecin de l'asile de Lesvellec (Morbihan); — M. le Dr Garnier, médecin en chef de l'asile de Dijon (Côte-d'Or); — M. le Dr Maunier, directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu (Var). — A la 2e classe du cadre (6.000 fr.), M. le Dr Bessière, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère); M. le Dr Keraval, médecin en chef de l'asile de Vaucluse. — A la classe exceptionnelle du cadre (4.000) : M. le Dr Journiac, médecin-adjoint à l'asile de Châlons (Marne); — M. le Dr Sizaret (Jules), médecin-adjoint à l'asile de La Roche-Gandon (Mayenne); — M. le Dr Petit-Gilbert, médecin-adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire). — A la 1re classe du cadre (3.000 fr.) : M. le Dr Marie, médecin-adjoint des asiles de la Seine (annexe de Dun-sur-Auron (Cher); — M. le Dr Blin, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse); — M. le Dr Colin, méde-

.cin-adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure); — le Dr Chevalier-Lavaure, médecin-adjoint de l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Les hopitaux proposés pour le traitement des aliénés; par E. Clifford-Allbutt. (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1891.)

Il y a deux ans une commission a été nommée pour étudier les diverses questions relatives à l'hospitalisation des aliénés; ses travaux ont abouti à la proposition de construire à Londres un hôpital destiné au traitement et à l'étude des maladies mentales. — M. Clifford-Allbutt regrette que la commission, qui était composée d'hommes très compétents, n'ait pas poussé plus avant ses travaux pour s'occuper du traitement et de l'hospitalisation des aliénés en général.

Il est certain que le système actuellement en vigueur des grands asiles, des asiles monstres est absolument fâcheux : un asile ne devrait pas réunir plus de mille aliénés, et chacune des salles ne devrait pas contenir plus de cinquante malades; sinon, à la vie d'asile, on substitue la vie de caserne; le médecin directeur ne peut plus bien connaître ses malades devenus trop nombreux, la surveillance devient très difficile, le traitement médical et moral est à peine possible, et demeure à peu près nul soit pour le malade soit pour la science. — L'auteur voudrait que l'on divisât les asiles en sections plus nombreuses, en pavillons isolés; ces pavillons ne contiendraient qu'un nombre restreint de malades, une trentaine, par exemple, et en groupant habilement les aliénés dans ces villas, on leur rendrait la vie moins pénible et l'internement plus utile : la surveillance serait aussi plus aisée, le traitement médical plus efficace. Un médecin directeur peut, sans trop de peine, connaître à fond un millier d'aliénés ainsi répartis, dont beaucoup d'ailleurs sont des chroniques et ne réclament pas de sa part une attention quotidienne. On a beaucoup exagéré d'ailleurs les occupations professionnelles ou administratives d'un médecin directeur; un homme actif et intelligent vient sans peine à bout de cette besogne, mais à la condition de savoir en déléguer une partie à ses subordonnés : il y a des médecins d'asile qui écrivent chaque jour vingt ou trente lettres qu'un scribe de leur bureau écrirait aussi bien qu'eux : il est clair que le temps leur manque alors pour des devoirs plus importants. Mais, ajoute l'auteur, si l'on demande à un homme d'être à la fois un médecin instruit, un organisateur heureusement doué, un administrateur habile, il faut se résigner à lui donner des appointements en rapport avec les mérites que l'on exige de lui, et ne pas lui offrir le quart, ou au plus le tiers de ce qu'il pourrait gagner dans une autre branche de sa profession. Il faut aussi lui donner comme aide ou comme suppléant un direc-

teur adjoint, déjà expérimenté, et lui aussi convenablement rémunéré. Chaque asile doit avoir, en outre, un médecin chargé du service anatomo-pathologique, et il ne faut pas que ce médecin soit un débutant, faisant là ses premières armes.

L'auteur revient ensuite sur l'un des détails du projet d'hôpital proposé par la commission dont nous avons parlé; ce point est en effet assez étrange : la commission, voulant revenir au traitement purement thérapeutique de la folie, qui donnerait, à son avis, une augmentation de guérisons de 10 p. 100, voudrait que le service médical de cet hôpital fût confié à des médecins des hôpitaux de Londres, choisis parmi les plus en renom. Ainsi, non seulement, ce ne serait pas un asile, le directeur ne serait pas un médecin, et les malades recevraient simplement, une fois par jour comme dans les hôpitaux ordinaires, la visite du médecin, mais les médecins qui seraient chargés de soigner ces aliénés ne seraient pas, ou du moins ne seraient pas nécessairement, des aliénistes. Il est probable même qu'on les choisirait en dehors de la psychiatrie, puisqu'il s'agit de revenir à un traitement de l'aliénation mentale qui soit plus « médicinal » que celui des asiles. Et ici l'auteur fait une objection difficile à réfuter : Si, dit-il, le traitement pharmaceutique de la folie doit donner de si beaux résultats, comment se fait-il que les médecins, même versés dans l'étude des maladies mentales, qui ont un aliéné dans leur clientèle, ne réussissent pas à le guérir, et que même ils insistent auprès de la famille sur le peu de succès que promet un traitement institué en dehors d'un asile, et que finalement ils fassent interner leur client ?

M. Allbutt termine en rappelant une fois de plus que si le traitement médical ne doit pas être négligé, si les recherches dirigées dans ce sens doivent être poursuivies, c'est, au moins à l'heure actuelle, du traitement moral des aliénés qu'il faut attendre les meilleurs et les plus durables résultats. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

DE L'UTILITÉ QU'IL Y AURAIT POUR L'ÉTUDE DE L'ALIÉNATION MENTALE A OUVRIR LES ASILES AUX MÉDECINS DÉJA DIPLÔMÉS; par Francis H. WALMSLEY. (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1891.)

Après avoir rappelé les diverses et multiples circonstances dans lesquelles le praticien ordinaire aurait besoin de posséder des notions solides et précises de psychiatrie, l'auteur émet le vœu que tous les asiles d'aliénés soient ouverts aux médecins qui voudraient y étudier l'aliénation, et même que le personnel médical des asiles fasse à l'usage des praticiens des cours de psychiatrie : il résulterait d'ailleurs de cette fréquentation réciproque des échanges d'idées qui ne pourraient être que profitables à la science.

R. M.-C.

La colonie d'aliénés de Gheel (Belgique) ; par Mme Margaret A. Cleaves, docteur en médecine (*The Journal of Mental Science*. Avril 1891.)

La colonie de Gheel a le privilège d'attirer beaucoup de visiteurs et par conséquent de donner lieu à beaucoup de descriptions. Dans son ensemble, celle que nous donne Mme Cleaves ne diffère pas sensiblement de celles que l'on connait déjà, et l'intérêt qu'on y trouve dépend surtout de menus détails, négligés par les observateurs du sexe masculin, mais qui n'ont pas échappé à la sagacité féminine. — Quant au jugement définitif, Mme Cleaves est d'accord avec ceux qui ont parlé avant elle de la colonie : elle constate que Gheel n'est pas parfait et qu'il y aurait sur plusieurs points de sérieuses améliorations à introduire : le personnel devrait être plus nombreux, la surveillance plus attentive ; la possibilité du surmenage devrait être évitée par la limitation réglementaire des heures de travail ; enfin il faudrait multiplier pour les malades les amusements et les distractions.

Malgré tous ces défauts, que compensent d'ailleurs d'incontestables avantages, l'organisation de la colonie de Gheel comporte un enseignement qui n'est pas négligeable. Si l'on voulait créer ailleurs des institutions analogues, il ne faudrait assurément pas copier servilement la colonie belge, mais on aurait avantage à en conserver les grandes lignes et à s'inspirer des idées générales qui ont présidé à sa fondation. R. M.-C.

Une visite a quelques asiles étrangers ; par Frederik Needham (*The Journal of Mental Science*. Avril 1892.)

M. Needham a profité de ses voyages pour visiter quelques asiles dans les pays qu'il parcourait, et il nous rend compte de ses visites aux asiles de San Servilio, à Venise, de Grenade, de Gibraltar, et enfin de San Spirito à Rome ; il y a observé des choses plus intéressantes au point de vue des mœurs locales qu'à celui de l'amélioration des asiles, et ses récits sont beaucoup plus pittoresques qu'instructifs. R. M.-C.

Discours présidentiel prononcé a la séance annuelle de l'association médico-psychologique, a l'asile royal de Gartnavel, Glasgow le 24 juillet 1890 ; par M. Yellowlees. (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1890).

Discours intéressant où l'auteur examine quelques points de la législation qui régit les aliénés et les règlements administratifs auxquels obéissent les asiles. Notons en passant que l'auteur, comme beaucoup de ses confrères, regrette que les asiles ne soient pas plus largement ouverts aux étudiants en médecine, et même

qu'un stage dans ces asiles, sanctionné par une épreuve de psychiatrie dans les examens probatoires, ne soit pas encore devenu obligatoire : il est fâcheux en effet que la liberté physique et morale de ses semblables puisse éventuellement dépendre d'un médecin qui peut, tout en étant d'autre part très instruit et très digne de confiance, n'avoir jamais examiné un aliéné. R. M.-C.

DES SOINS A CONTINUER AUX ALIÉNÉS APRÈS LEUR SORTIE DE L'ASILE ; par H. RAYNER. (*The Journal of Mental Science.* Octobre 1891.)

On a fondé en Angleterre une société qui a pour but de prendre soin des femmes qui sortent des asiles et de protéger et d'assurer leur rentrée dans la vie commune. M. Rayner pense qu'une institution analogue serait très utile à créer en faveur des hommes. Il fait le tableau des circonstances difficiles au milieu desquelles se débat un aliéné guéri qui sort d'un asile, de la difficulté qu'il rencontre à s'employer utilement et régulièrement, des promiscuités fâcheuses qu'il est amené à subir et bientôt à accepter, et enfin, s'il s'agit d'un alcoolique, ce qui est le cas le plus fréquent, de la facilité avec laquelle il retombera dans son vice habituel. Quelques-uns à la vérité peuvent rentrer dans leur pays ou dans leur famille ; mais dans leur pays, ils ne rencontrent que la défiance, née du souvenir de leurs actes délirants ; et quant à leur famille, si quelquefois elle est irréprochable, elle est parfois aussi le milieu même où ils ont contracté les habitudes vicieuses qui les ont conduits à l'aliénation. Dans les unes ou les autres des conditions qui viennent d'être rappelées ils sont hors d'état d'employer utilement la partie saine de leur activité et ils ne tardent pas à retomber à la charge de la société. Dépayser ces malades, leur assurer du travail, c'est leur rendre un signalé service, et rendre profitables à tous des forces qui, si elles demeurent stériles, ne tarderont pas à devenir nuisibles ou même dangereuses. R. M.-C.

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA NOUVELLE VILLA-HOPITAL RÉCEMMENT CONSTRUITE SUR LES TERRAINS DE LA « RETRAITE » DE YORK ; par Robert BAKER. (*The Journal of Mental Science.* Juillet 1891).

Les administrateurs de l'asile « La Retraite » de York ont depuis longtemps renoncé au système d'extension, qui consiste à créer des ailes nouvelles reliées par des corridors au bâtiment central ; ils lui préfèrent de beaucoup le système des villas isolées ; c'est sur la dernière de ces villas que M. Baker vient donner aujourd'hui quelques renseignements, dans un mémoire accompagné d'une photogravure et d'un plan détaillé.

Le bâtiment se compose d'un rez-de-chaussée et d'un seul étage : il est disposé de façon qu'un tiers, deux tiers, ou la totalité de

l'édifice puissent être utilisés pour le service des aliénés, soit du sexe masculin, soit du sexe féminin, appartenant au bâtiment principal.

La villa comporte un salon et une chambre à coucher pour chaque groupe de dix malades. Elle est chauffée par de l'air venu du dehors et passant par une chambre de chauffe munie de tuyaux à eau chaude. L'air vicié est évacué par des ouvertures centrales pratiquées au plafond et communiquant avec une cheminée d'échappement.

Le bâtiment est éclairé à la lumière électrique, à l'aide d'appareils très bien conçus et qui permettent sur tous les points une distribution de lumière absolument facultative. — La villa tout entière, chauffage et éclairage compris, a coûté cent mille francs : elle est aménagée pour recevoir douze à quinze personnes.

R. M.-C.

LES COLONIES D'ÉPILEPTIQUES; par C. Théodore EWART. (*The Journal of Mental Science*, avril 1892.)

Tout le monde est d'accord, à l'heure actuelle, pour penser que les asiles d'aliénés sont encombrés de malades que l'on pourrait avec avantage secourir, surveiller et soigner en dehors des asiles, par exemple dans une sorte de colonie organisée à cet effet. Parmi les malades de cette catégorie on peut ranger en première ligne les épileptiques, et non seulement les épileptiques aliénés, mais encore les épileptiques simples, que la société écarte autant que possible de son sein, sans rien faire pour pourvoir à leurs besoins. Si l'on fondait une colonie de ce genre, comme le souhaite ardemment M. Ewart, on aurait à se préoccuper de trois classes d'individus : 1° les épileptiques aliénés, aigus ou chroniques; 2° les épileptiques non aliénés; 3° les enfants epileptiques.

Les épileptiques aliénés bénéficieraient assurément de cette réforme ; la vie simple et saine à la campagne, sous une surveillance médicale suffisante sans qu'elle ait besoin d'être quotidienne, leur serait favorable; quant à l'asile l'avantage pour lui est évident, car, en s'éloignant, l'épileptique aliéné le désencombrerait et ferait place à un aliéné curable.

L'épileptique non aliéné est très souvent intelligent, capable d'instruction, de travail, et s'il a dans la société une situation difficile, il la doit uniquement à sa maladie ; dès qu'il se trouvera au milieu de malades semblables à lui il reprendra ses avantages et deviendra laborieux et utile. L'épreuve d'ailleurs a été faite. Il y a vingt-cinq ans un pasteur luthérien, M. von Bodelschwingh, créa dans une ferme, à Bielefeld, en Westphalie, un petit refuge pour les épileptiques; il y en avait quatre au début, il y en a plus de onze cents aujourd'hui : les malades sont divisés par petits

groupes et par familles; on a créé pour cette colonie des écoles d'infirmiers et d'infirmières, et ce personnel d'assistance est aujourd'hui assez nombreux non seulement pour satisfaire aux besoins de la colonie, mais pour aller rendre en dehors d'elle ses services professionnels. La colonie comporte une trentaine d'ateliers ou d'industries diverses; il y a même un orchestre, recruté parmi les malades, et un musée créé, entretenu et enrichi par eux. Dans chaque atelier, il y a un matelas, et chacun s'empresse de le rapprocher de celui qui tombe, sachant bien que demain il aura besoin du même service. En résumé cette colonie est un hôpital pour les malades, un asile pour les déments, une école pour les enfants, un atelier pour les adultes. Son succès a été tel que les imitations ne se sont pas fait attendre, et l'on peut citer aujourd'hui les colonies, toutes florissantes, de Rotenburg en Hanovre, de Mariahilf, près Münster et d'Olpe en Westphalie, d'Alexandra-Kloster à Aix-la-Chapelle et de Rath près de Dusseldorf pour les Provinces Rhénanes, de Neinstedt-Thale pour la Saxe, de Tabor près de Stettin pour la Poméranie et le duché de Posen, de Karlshof près de Rastenburg pour la Prusse orientale et occidentale, de Postdam pour le Brandebourg, de Haarlem en Hollande, de Zurich en Suisse.

Quant aux enfants épileptiques et idiots, on sait combien il est fâcheux de les mêler aux aliénés dans les asiles. On sait aussi quels résultats on peut espérer et obtenir chez eux quand on veut bien ne leur ménager ni son temps ni ses efforts. (Nous avons à cet égard en France un exemple de premier ordre, et, s'il nous est interdit de louer comme il conviendrait, dans le recueil où nous écrivons, les admirables progrès réalisés par M. Bourneville, dans son service de Bicêtre, il nous est également interdit de les oublier ou de les passer sous silence.)

L'utilité d'une colonie comme celles dont on vient de parler n'étant ni contestable ni contestée, sur quelles bases conviendrait-il de l'établir? Voici quel est à cet égard le résumé des idées de M. Ewart : 1° comme terrain, il faudrait au moins cinq cents acres de ferme et de bois propres à l'agriculture et à l'horticulture, le tout à portée d'une grande ville afin que le marché de vente soit suffisamment voisin du centre de production; 2° comme habitations il faudrait de petites constructions, disposées en groupes séparés pour les deux sexes, et dans chacun de ces groupes tous les aménagements nécessaires pour recevoir séparément les déments, les convalescents, les écoliers, les divers ouvriers, et les pensionnaires d'une classe plus élevée; 3° chaque malade, sans exception, recevrait les soins du médecin, et il y aurait au moins un médecin pour deux cents malades; 4° il y aurait une maison d'école pour les enfants épileptiques; 5° on organiserait des ateliers pour les adultes; 6° enfin on annexerait à la colonie un laboratoire pour

l'étude de l'épilepsie et on en confierait la direction à un pathologiste expérimenté.

En terminant, l'auteur examine les diverses objections que l'on a opposées à ce mode d'assistance à l'égard des épileptiques; il les combat, et conclut que les avantages l'emporteraient de beaucoup sur les inconvénients. R. de Musgrave-Clay.

Chauffage, ventilation et éclairage électrique de l'hôpital royal de Montrose; par James Howden. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1890.)

Description détaillée, mais purement technique, et accompagnée de figures, d'une installation d'appareils de chauffage, d'éclairage et de ventilation qui paraît fort bien conçue. R. M.-C.

OO. Nouvelles fenêtres pour cellules; par Pœtz. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 6.)

Fenêtre ayant l'aspect d'une fenêtre de maison ordinaire, mais toute en fer à battants mobiles indépendants ayant chacun (la fenêtre s'ouvre en quatre parties) son système de fermeture spécial disposé de telle sorte que la négligence du personnel ne peut passer inaperçue. Le système ferme la fenêtre automatiquement, et, si les ressorts ne prennent pas dans l'arc de fermeture, le battant demeure ouvert. Jalousies extérieures mobiles à panneaux indépendants qui permettent de graduer l'accès de lumière. P. K.

Les Asiles d'idiots, nécessité de les rendre plus grands ou de les multiplier.

A la réunion annuelle des actionnaires de l'asile Royal-Albert tenue le 30, un rapport favorable a été présenté sur les affaires générales de l'institution. Le compte rendu du directeur médical, Dr Shuttleworth, contenait des détails que nos lecteurs liront avec beaucoup plus d'intérêt que de simples considérations financières, quoiqu'elles soient ordinairement loin d'être sans importance.

Ainsi nous trouvons que le nombre moyen d'habitants de l'asile pendant l'année passée avait été de 581, pendant que le nombre total des malades dans une partie de l'année était monté à 658. Le nombre des renvois avait été de 35 et celui des morts de 18 — nombre plus bas que celui de l'année précédente, lequel calculé sur le nombre moyen des habitants avait seulement donné 3,1 p. 100. Une observation a été faite par le Dr Shuttleworth sur la nécessité de s'accorder dans le cas de maladies infectieuses. Heureusement, aucune épidémie n'est survenue pendant ces douze mois, mais le directeur médical montra bien la nécessité de cet accord, car plus tard, les directeurs seraient très sérieusement

embarrassés dans la conduite des affaires de la maison. La lecture du rapport du comité central fournit l'occasion à l'évêque de Carlisle, qui présidait, de présenter une remarque sur la distinction qu'il y a entre les mots *amentia* et *dementia*, distinction qui n'est pas toujours faite par le public ordinaire ou par ceux qui prennent intérêt à des établissements semblables. L'évêque pense que les deux classes d'infortunés doivent, dans toutes les institutions destinées à leur traitement, être séparées.

Le clou de la discussion fut, toutefois, le discours de l'honorable J.-T. Hibbert, N. P. Ce gentilhomme, en prenant le texte de l'orateur précédent, pour ainsi dire, insinuait que ce serait une bonne chose si on changeait le titre de ces institutions d'asiles pour idiots en asiles pour les gens faibles d'esprit.

Un tel changement néanmoins, pense-t-il, ne serait pas facile à effectuer, bien que les sympathies des parents ne soient sans doute pas avec ceux qui désirent qu'une telle altération soit faite. M. Hibbert montre la difficulté d'obtenir des statistiques authentiques de l'extension prédominante de l'idiotie dans le Royaume-Uni. Les familles qui sont atteintes par une telle affliction sont naturellement désireuses de cacher le fait autant que possible.

Le dernier recensement connu — il n'a pas encore été possible d'avoir connaissance de celui de 1891 — donne le nombre de 41,000 personnes comme formant la classe des imbéciles, mais ce nombre, pense l'orateur, doit avoir au moins doublé. Des 41,000 imbéciles ainsi reconnus, 18,456 ont, croyons-nous, au-dessous de vingt ans; en d'autres termes, on avait ce nombre d'idiots susceptibles d'éducation à soigner, pendant qu'on n'avait de logement que pour 3,000 malades seulement. A cet égard, l'Amérique est plus avancée que nous, car dans les États-Unis il n'y a pas moins de 14 asiles entretenus dans le but de loger et de traiter les personnes appartenant à la classe affligée en question. Plusieurs de ces établissements ont leur budget fourni par les Etats dans lesquels ils sont construits, les autres fondés et dotés par la bienfaisance publique ou par des dons de corporations. Assurément le manque de fonds suffisants dans nos propres contrées pour les besoins physique et mental des faibles d'esprit est un reflet de l'esprit philanthropique actuel. (*The Lancet*, 8 octobre 1892, p. 856.)

FAITS DIVERS

Création d'un syndicat de magnétiseurs. — Les membres de la Société magnétique de France se sont réunis dans le but de

jeter les bases d'un syndicat de magnétiseurs professionnels. Le nombre des adhérents a été de vingt. Ce chiffre jugé suffisant, on a immédiatement procédé à l'élection d'un bureau. Ont été nommés : MM. Houssay, président, Cazalis et Lorenza, vice-présidents; Martin, secrétaire; Auffinger, trésorier. La nouvelle Association se propose de défendre la liberté du malade, aucune loi ne pouvant le contraindre à ne pas accepter les conseils d'un simple amateur! Le syndicat des magnétiseurs ne comprendra que des professionnels; ses membres ne traiteront que par le magnétisme curatif; ils s'engagent à ne jamais employer de médicaments. » L'assemblée a décidé ensuite de se réunir à nouveau pour élaborer les statuts de la nouvelle Société. Eh! voilà qui promet!

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — Rue de la Jonquière, près de l'avenue de Saint-Ouen, dans une maison de modeste apparence, au rez-de-chaussée, une main, peinte sur un écriteau, indique la porte du magnétiseur Bonnefoy.

Nous entrons. Le cabinet de consultations est une petite pièce nue et sombre. Une seule fenêtre, donnant sur un jardinet, laisse filtrer un peu de clarté. Pour tous meubles : deux bancs de bois et une table. Dans un coin un lit cage se dissimule sous une housse de percale. Aux murs : un christ de plâtre; deux images religieuses encadrées de noir. Sur la cheminée, quelques fleurs. Le maître du logis est aussi simple que le cadre dans lequel il se meut.

Le magnétiseur Bonnefoy donne sa consultation. Il tient sur ses genoux une fillette de quatre ans, affligée d'une maladie nerveuse pour laquelle on a, sans succès, consulté le docteur Charcot. Bonnefoy prodigue les passes magnétiques sur toute la personne de l'enfant qui ne bronche pas. Nous interrogeons la mère :

— Ça lui fait beaucoup de bien, répond-elle.

Le magnétiseur est en ce moment poursuivi pour exercice illégal de la médecine.

— Je n'ai pas un médicament chez moi, nous dit-il. On a perquisitionné sans rien trouver. En outre, mes clients sont libres de ne pas me payer, puisque je ne réclame rien. Au contraire, je fais la charité à quelques-uns.

— C'est vrai, dit une femme. Et dire qu'il y a des gens qui vous en veulent.

— Moi, je ne leur en veux pas. Je suis prêt à leur rendre service si l'occasion s'en présente. Je ne suis pas médecin, je suis jardinier, et certainement je vais avoir beaucoup d'ouvrage ces jours-ci, car on va commencer la taille des arbres.

Ne serait-ce que pour l'amour de son jardin, ne trouvez-vous pas que ce médicastre a quelque chose de candide ?

L'ESCROQUERIE A L'HYPNOTISME. — Il y a quelques jours, le parquet

était saisi d'une plainte au sujet d'une escroquerie dont deux sous-officiers d'infanterie d'un régiment de la garnison de Paris, ont été victimes dans les conditions suivantes :

Ces deux sous-officiers, grands amateurs des pratiques de l'hypnotisme, avaient, il y a deux ans, remarqué qu'un soldat de leur régiment, C..., était un merveilleux sujet, se prêtant admirablement aux exercices récréatifs de la chambrée. Ils se lièrent intimement avec C..., qui, dans les séances occultes auxquelles il prenait part, révélait des choses extraordinaires. Ainsi, il parlait souvent d'un grand seigneur russe, un duc de Peliskoff, qui lui « voulait du bien ». A plusieurs reprises C... ayant évoqué devant eux ce mystérieux protecteur, les sous-officiers s'imaginèrent qu'ils lui devaient leur rapide avancement, prédit maintes fois par le très lucide C...

Après que C..., en septembre 1891, eut été libéré du service militaire, il demeura en excellentes relations avec les deux sous-officiers et ceux-ci reçurent un jour une lettre par laquelle il leur annonçait qu'il était en Russie et qu'il avait hérité du titre et de la fortune du duc de Peliskoff. Mais il lui fallait une somme pour entrer en possession de l'héritage. Les deux amis du régiment envoyèrent la somme.

Un peu après, nouvelle missive émanant cette fois d'un homme d'affaires. C... était mort en laissant à ses amis toute sa fortune. Mais nouvelle demande d'argent pour acquitter les frais de cette autre succession. Confiants en la légalité de ces demandes, les naïfs sous-officiers versèrent les fonds qui leur étaient réclamés; mais, à la longue, devant de nouvelles demandes d'argent, plus pressantes encore que les premières, s'apercevant qu'ils avaient été bernés et volés, ils n'hésitèrent pas à faire part à leur colonel de l'escroquerie dont ils avaient été victimes.

Des recherches ayant été faites pour en découvrir les auteurs, il fut établi que C... n'était pas mort en Russie et qu'il menait, au contraire, joyeuse vie à Paris. Arrêté, il déclara qu'il ne comprenait absolument rien à l'accusation dont il était l'objet et que, si jamais il avait pris le nom de duc de Peliskoff, ou signé de ce titre, ce ne pouvait être qu'inconsciemment. Pressé de questions par le magistrat, il s'est retranché derrière son état de « sujet ». S'il a écrit et emprunté quoi que ce soit, ce ne peut être qu'au cours d'un sommeil hypnotique. On lui aurait suggéré l'idée de prendre le nom et le titre de duc et la pensée d'escroquer ses amis à la faveur de ce stratagème. (*L'Eclair.*)

Les empoisonnements dans l'Inde. — Les empoisonnements sont, à l'heure actuelle, encore très fréquents dans l'Inde anglaise, malgré l'énergie déployée par le gouvernement pour les faire disparaître. Ils étaient beaucoup plus nombreux il y a quelques années

et leur accroissement s'est manifesté après la suppression du « Thuggisme ».

On désignait sous ce nom une association de voleurs et d'assassins existant depuis les temps les plus reculés; cette association a exercé des ravages terribles jusqu'en 1860, époque à laquelle elle a été détruite, grâce aux mesures énergiques de sir Sleeman et de ses successeurs. Traqués de tous côtés, emprisonnés et pendus sans merci, les « Thugs » finirent par disparaître.

Les « Thugs » appartenaient à toutes les castes de l'Inde : ils parcouraient les pays en bandes, déguisés en marchands ou pèlerins. Quand ils avaient désigné une victime, ils l'attiraient au milieu d'eux et l'étranglaient. Après chaque meurtre, un sacrifice solennel était offert au dieu de la destruction. Les Thugs étaient des fanatiques; ils ne tuaient que parce que leur religion le leur commandait.

Dans l'espace de neuf années, plus de 2.000 Thugs furent arrêtés : 1.467 furent convaincus de crime; on en pendit 382, on en déporta 919, on en emprisonna 77 à vie, 92 pendant des période variables, on en acquitta 20; 31 moururent pendant le procès et 250 furent relâchés parce qu'ils avaient dénoncé leurs complices. Quelques-uns de ces Thugs avouaient avec orgueil avoir tué plus de 200 personnes. Les « Thugs » étrangleurs respectaient les femmes, les gens de la basse classe, les musiciens, les danseurs, les fakirs.

C'est après la suppression des « Thugs » que les empoisonnements devinrent plus fréquents. Il se forma une secte qui se servait du datura comme poison et qui détruisait sans raison aucune; on leur donna le nom de « Daturiahs ».

Les « Daturiahs » n'exercent pas des ravages aussi prononcés que leurs prédécesseurs les « Thugs » et cependant, les empoisonnements atteignent, dans les Indes, un chiffre très élevé. C'est que les Indous se servent volontiers du poison pour supprimer ceux qui les gênent.

Le datura (*D. fastuosa; D. alba* et *D. stramonium*) est employé de façon différente : on se sert des semences entières, des semences réduites en poudre, d'essence qu'on mélange à du tabac, à du sucre, à de la farine. Le datura n'amène pas toujours la mort; on s'en sert quand on veut produire un empoisonnement léger, aussi est-il moins employé que l'arsenic et l'opium. Les sels de cuivre, de mercure, de plomb, sont employés avec un peu moins de fréquence; de même l'aconit et la strychnine.

Les empoisonnements ne portent pas seulement sur les personnes, mais aussi sur les animaux.

LES DRAMES DE LA FOLIE. — Pris d'un subit accès de folie, Désiré Leclerc, âgé de trente-neuf ans, peintre en bâtiments, a tenté hier, vers trois heures de l'après-midi, de tuer sa femme.

Leclerc, qui, à plusieurs reprises, a donné des signes d'aliénation mentale, accusait à tout propos sa femme de le tromper. C'est pendant une de ces scènes que Leclerc, devenu fou furieux, s'est emparé d'un revolver et a fait feu sur sa femme. Celle-ci n'a eu que le temps de se réfugier dans la chambre à coucher et de fermer la porte à clef.

Des gardiens de la paix, que les détonations et les cris de Mme Leclerc avaient attirés, pénétrèrent dans le logement et durent engager une lutte terrible avec le forcené, qui fit deux fois feu sur eux sans les atteindre. Ils purent enfin se rendre maîtres de l'aliéné, qui a été envoyé à l'asile de Sainte-Anne, par les soins de M. Grimal, commissaire de police. (*La Marseillaise.*)

Persécuté par les jésuites. — Hier matin, vers huit heures, rue de Sèvres, devant la maison des pères Jésuites, des gardiens de la paix apercevaient un homme qui gesticulait, parlant avec animation. Ils s'approchèrent. L'homme continua ses discours, parlant de temps à grands éclats de voix, et les deux gardiens se décidèrent à l'interpeller.

— Comment vous appelez-vous? demandèrent-ils. L'orateur refusa de répondre, et les deux agents le conduisirent chez le commissaire de police, à qui il déclara se nommer Yves-Jean Le Bourvellec, âgé de cinquante-quatre ans, originaire des Côtes-du-Nord. Il raconta qu'il avait été ruiné par les jésuites et qu'il était en butte à leurs persécutions.

— Depuis 1889, ajouta-t-il, j'ai fait quatre fois le tour du monde pour leur échapper; mais toujours ils m'ont poursuivi.

Ce pauvre homme est titulaire des médailles de Crimée, d'Italie et du Mexique. Il a fait quinze ans de service militaire. Il a été envoyé à l'asile Saint-Anne. (*La Marseillaise.*)

Le fou et les gendarmes. —Hier, un individu, pris subitement du délire alcoolique, avait provoqué, rue Mot, à Fontenay-sous-Bois, un rassemblement d'une cinquantaine de personnes qu'il injuriait et terrifiait à la fois, menaçant de tuer quiconque l'approcherait. Deux gendarmes, prévenus, accoururent pour s'emparer de ce forcené, mais celui-ci fit résistance, frappa violemment les agents de la force publique, et il fallut le concours de six hommes pour se rendre maître de cet énergumène.

C'est un nommé Jules Bompeix, employé de commerce, demeurant rue de Neuilly, 39, à Fontenay. Il a été envoyé à l'asile Sainte-Anne. (*La Marseillaise.*)

Un officier fou a la frontière. — Il y a quelque temps, un capitaine d'artillerie français, en garnison à Verdun, revêtu de son uniforme, arrivait en voiture à Lorquin, accompagné d'un gen-

darme allemand. Il fut dirigé sur Sarrebourg et conduit auprès du général commandant la place, puis chez le Kreisdirector.

Ce malheureux jeune homme, âgé de trente-trois ans, en congé depuis quelques jours, chez ses parents, à Bertrambois (France), devenu subitement fou, voulut venir en grand uniforme chez le général à Sarrebourg annoncer que le lendemain il aurait une entrevue avec l'empereur sur le Donon, pour traiter au sujet de la restitution de l'Alsace-Lorraine à la France. Après avoir été interrogé, cet officier français a été reconduit chez ses parents à Bertrambois. (*La Marseillaise.*)

Un fou a la recherche de sa femme.—Abandonné par sa femme, un nommé Faux, demeurant rue Durantin, avait fait pour la retrouver nombre de démarches inutiles.

Tous ces insuccès lui firent perdre la raison et, hier matin, très grave, en redingote, Faux se présentait à l'Élysée, demandant à parler au président de la République.

— M. Carnot, qui est tout-puissant, sait où est ma femme, et je viens lui demander son adresse, déclara le mari au concierge du palais. Amené chez M. Ganelfe, commissaire de police du quartier, le pauvre détraqué a été envoyé à l'asile Sainte-Anne. (*La Marseillaise.*)

Drame de famille. — Mme S..., établie rue de Rennes, prévenait hier, à l'aurore, les gardiens de la paix en service de ronde, que son fils Charles, subitement atteint d'aliénation mentale, cassait tout dans son appartement. Les agents montèrent chez cette dame, pour appréhender l'aliéné qui s'était retranché derrière une barricade improvisée, d'où, armé d'un revolver chargé et d'une lourde pince, il menaçait de mort quiconque approchait. Le gardien Stoub s'étant avancé, reçut sur la tête un coup de pince qui le blessa. Alors, changeant leur tactique, les agents, sur l'avis de la mère, très alarmée, avertirent les deux docteurs de la famille qui accoururent en toute hâte et parvinrent, après quelques admonestations qu'il écouta avec douceur, à chloroformer le jeune homme qui fut conduit en voiture à l'établissement du docteur Blanche.

Catalepsie. — Les passants qui descendaient mardi soir l'avenue de l'Alma, virent soudain une femme vêtue de noir tomber de son haut sur le trottoir, des suites d'une attaque de catalepsie. Transportée dans une pharmacie, où les soins les plus empressés lui furent prodigués, et enfin à l'hôpital Beaujon, cette femme n'a pas encore, après plus de quarante-huit heures, repris connaissance. Il a été impossible d'établir son identité. A sa mise, on juge que ce

doit être une domestique; elle est brune et paraît âgée de trente à trente-cinq ans..

Le drame de la rue Truffaut. — Les habitants de la rue Truffaut étaient mis en émoi, avant-hier soir, de sept à neuf heures, par un bruit épouvantable de carreaux brisés, de vociférations émanant du n° 14. La vérité, une fois connue, produisit chez tous un sentiment de tristesse.

Celui qui causait tout ce bruit était un jeune homme de trente ans, M. de la Tremblaie, qui, après avoir été simple soldat en Corse et en Algérie, avait fait, toujours dans le rang, la campagne du Tonkin. Comme tant d'autres, il avait contracté les fièvres. Depuis sa rentrée en France, il y a trois ans, il avait été sujet à de fréquentes maladies. Depuis quatre jours, il était dans un état de surexcitation extrême et, subitement, avant-hier, il s'écria que son beau-frère voulait tuer sa mère, que des cambrioleurs s'introduisaient chez lui. Il se barricada dans sa chambre, s'arma d'une hache et fit voler en éclats meubles et vitres.

M. Gilles, commissaire de police, se présenta à la porte du terrible aliéné et lui offrit de le débarrasser des cambrioleurs. Après de longs pourparlers, M. de la Tremblaie finit par y consentir et monta en fiacre, à destination de Sainte-Anne. (*La Marseillaise*.)

Le suicide d'un fou. — Un pensionnaire de Bicêtre, nommé Roos, qui se trouvait en permission de deux jours, a tenté de se suicider, hier soir, en se précipitant dans la Seine du Pont-au-Change.

Un passager d'un bateau-omnibus qui, justement, passait sous le pont, M. Lagarde, mégissier, s'est porté au secours du malheureux, qu'il a sauvé.

Le pauvre aliéné a été reconduit à Bicêtre. (*La Marseillaise*.)

Une folle. — Les commissaires de police sont habitués à des surprises de métier généralement désagréables.

C'est ce qui est arrivé à M. Benezech, commissaire de police du quartier Rochechouart. Il était dans son cabinet, compulsant un dossier, lorsque se présenta à lui une femme d'une quarantaine d'années, d'allures très raisonnables, mais qui, à peine entrée, sortit de ses poches, au grand étonnement du magistrat, un vieux rasoir, une énorme clef rouillée et... un pistolet à mèche.

« Je m'appelle Mme Lucas, dit-elle, tout en procédant à cette exhibition. J'ai soustrait à mon mari ces armes dangereuses, et je viens me mettre sous votre protection. »

Comme elle était, au reste, fort calme, M. Benezech a consenti sans difficulté à protéger, en effet, la pauvre folle. (*Journal des Débats*.)

TENTATIVE DE MEURTRE D'UNE FOLLE. — Une institutrice de Passy, qui ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales, Mme Marceline Quintallet, âgée de cinquante-sept ans, demeurant rue Yvan Villarceau, 7, a tiré plusieurs coups de revolver sur une dame Carola Gratix, propriétaire d'un hôtel meublé, rue Lauriston, 82, qu'elle venait de rencontrer dans l'avenue Kléber.

Une seule balle a atteint Mme Gratix, sans toutefois lui faire de blessure grave.

M. Delamarre, commissaire de police, a mis en état d'arrestation la dame Quintallet, qui a été envoyée à l'infirmerie du Dépôt et placée en surveillance spéciale. (*L'Eclair.*)

MEURTRE COMMIS PAR UNE FOLLE. — La femme Lévêque, âgée de soixante-sept ans, était atteinte d'une étrange monomanie : elle sciait tout ce qui se trouvait à sa portée. Il y a quelques années, elle s'était même détaché le poignet gauche avec une petite scie à main. Internée pendant quelque temps à l'asile de Lafond, elle en sortit guérie. Mercredi, brusquement reprise de sa monomanie, la femme Lévêque vint chercher chez l'instituteur un de ses petits-enfants, Abel Touchet, âgé de cinq ans; elle l'entraîna dans les champs et lui scia le cou avec un couteau de poche.

Quelques instants après, couverte de sang, la malheureuse démente se présentait à sa fille et lui racontait tranquillement les détails de l'horrible scène. (*Journal des Débats.*)

UNE ACCUSÉE EN CRISE HYSTÉRIQUE. — Félicité Delcros était servante dans la brasserie de M. Rabet. Elle plut à son patron qui l'épousa. Elle devint donc Mme Rabet et, de l'office, passa au comptoir. Mais, en sa nouvelle position, elle eut de telles légèretés de conduite, que son mari ne tardait pas à introduire contre elle une demande en divorce. Cela irrita fort l'ancienne servante. Elle mit tout en œuvre pour fléchir M. Rabet, le faire revenir sur son projet. Elle ne réussit point. M. Rabet tenait bon. Elle fut de plus en plus outrée, et le 2 janvier dernier, après un suprême essai de réconciliation resté aussi infructueux que les autres, elle tuait son mari d'un coup de revolver.

La cour d'assises de la Seine devait la juger hier. Seulement, avant l'ouverture de l'audience, l'accusée tombait dans une violente crise hystérique. Impossible aux gardes de la conduire à son banc. On dépêcha près d'elle un médecin, il revint disant que la malade ne pourrait comparaître. Force a été de renvoyer le procès à une autre session. (*L'Eclair.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BOURNEVILLE. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* Publié avec la collaboration de MM. Dauriac, Ferrier, Noir. Vol. in-8° de cxx-368 pages, avec 37 figures dans le texte et 15 planches hors texte. — Prix 6 fr.; pour nos abonnés, 4 fr.

BOURNEVILLE. — *Du traitement chirurgical et du traitement médico-pédagogique de l'idiotie.* — In-8°. Extrait du compte rendu du *Congrès de Blois.*

BRITTO (A.). — *Contribuição para o est udo da Astasia-abasia no est ado da Bahia.* Brochure in-18 de 79 pages. — Bahia, 1892. — Imprenza popular.

CHIAÏS (F.). — *Urines et nutrition.* — *Variations quantitatives des éléments urinaires normaux dans les perversions nutritives.* — Brochure in-8° de 20 pages. — Menton, 1890. — Imprimerie mentonnaise.

FREUD (S.). — *Zur Kenntniss der cerebralen diplegien des Kindersalters (im auschsuls an die littlesche Krankheit).* — Volume in-8° de 168 pages, avec 2 tableaux hors texte. — Leipzig und Wien, 1893. — F. Deuticke.

GUERMONPREZ. — *De la prudence en thérapeutique.* — Brochure in-8° de 69 pages. — Paris, 1893. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

MOSSI. — *Valeur séméiologique de l'anesthésie de l'arrière-gorge et de l'épiglotte, comme stigmate de l'hystérie.* — Broch. in-8° de 12 pages. — Toulouse, 1893. — Imprimerie Marquès et Cie.

SADLER (C.). — *Klinische Untersuchungen über die Zahl der corpusculären Elemente und den Haemoglobingehalt des Blutes.* — Brochure in-8° de 46 pages. — Berlin, 1893. — Verlag von Fischer's.

SÉGUIN (E.-C.). — *Leçons sur le traitement des névroses.* — Volume in-8° de 98 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, 1893. — Librairie O. Doin.

VIBERT (CH.). — *La Névrose traumatique. Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemins de fer et les traumatismes analogues.* — Volume in-8° de 171 pages. — Prix : 5 fr.

ZUCCARELLI (A.). — *Degenerazione, Pazzia e delitto.* — Brochure in-8° de 46 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Napoli, 1893. — Car. A. Tocco.

ZUCCARELLI (A.). — *Divorzio e scienza antropologica, conferenza pronunziata il 5 febbraio* 1893. — Brochure in-18 de 47 pages. — Napoli, 1893. — Tipografico A. Tocco.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. 793.

Vol. XXVI. Août 1893. N° 78.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS NÉVROGLIQUES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

(SYRINGOMYÉLIE A TYPE SPASMODIQUE)

Par le Dr RAYMOND,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière,

Je viens d'observer un cas de *syringomyélie*, remarquable par la rapidité de son évolution, par l'intensité des phénomènes spastiques, par la longue période qui s'est écoulée entre le début des symptômes et l'apparition des troubles classiques de la sensibilité. Le diagnostic, égaré par un tableau clinique insolite, a mené à une intervention chirurgicale dont les résultate immédiats ont été remarquablement favorables ; mais au bout de quatre jours des phénomènes d'hyperthermie et de contracture généralisée ont emporté le malade.

Les particularités cliniques et les résultats de l'examen anatomique, intéressants à plusieurs points de vue, m'engagent à publier cette observation dans tous ses détails.

OBSERVATION. — *Syringomyélie à forme spasmodique, avec atrophie musculaire prédominant dans les muscles péri-scapulaires, prise pour une pachyméningite cervicale hypertrophique. Trépanation du canal rachidien. Amendement rapide des symptômes de contractures. Mort au cinquième jour après l'opération : hyperthermie, tétanie généralisée, etc. Névromes de régénération des racines postérieures.*

Mat... Jean, âgé de trente-sept ans, cimentier, entré le 19 juin 1889, à l'hôpital Lariboisière, salle Bouley, n° 16,

Renseignements héréditaires. — La mère de M... est morte tuberculeuse, rien de particulier du côté des autres parents.

Renseignements personnels. — Le malade était assez frêle dans son enfance; mais il a joui d'une bonne santé jusqu'en 1886. Marié, il a un enfant de douze ans, bien portant.

Pas de trace de syphilis. Quelques excès alcooliques. M... a fait son service militaire; il n'a jamais quitté la France. Il exerce, depuis longtemps, la profession de cimentier, profession qui l'expose constamment aux refroidissements. Il y a quatre ans environ, il dut, pendant six semaines, travailler dans un égout, couché sur le dos et continuellement mouillé. A la suite de ce travail fatigant, M... a eu, à la nuque, un furoncle volumineux, véritable anthrax dont il porte encore les traces aujourd'hui.

Le malade fait remonter à trois ans le début des accidents actuels. Vers cette époque, il a commencé à éprouver des sensations de froid dans les jambes; il lui semblait, dit-il, les avoir constamment dans l'eau. Il ne parvenait à vaincre cette sensation que devant un feu très vif. En même temps survenait une légère parésie des membres inférieurs, le gênant beaucoup dans son travail. Peu de temps après les débuts de ces premiers accidents, les mêmes phénomènes se produisirent dans le bras droit, qui lui paraissait très lourd.

Au bout de six mois environ, il avait de la raideur généralisée aux quatre membres, et à la poitrine, d'où une certaine gêne de la respiration et de la parole.

Il fut, à cette époque, obligé de s'arrêter de travailler. Peu à peu, il s'affaiblit, et il éprouva quelques troubles de la miction et de la défécation. Finalement il se décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel (19 juin 1889). — Homme maigre, pâle, de taille moyenne. Santé générale bonne. Ce qui frappe tout d'abord, lorsqu'on examine le malade debout et entièrement nu, c'est une sorte de raideur généralisée étendue au tronc et aux membres supérieurs et inférieurs. La tête est légèrement inclinée en avant; pourtant tous les mouvements de rotation, de flexion et d'extension sont possibles, et le champ d'excursion de ces mouvements ne paraît pas diminué beaucoup.

Le tronc est légèrement tordu sur lui-même. Il existe une assez notable scoliose latérale gauche. Les mouvements d'excursion des côtes se font avec une certaine raideur. Les muscles du tronc, en général, sont plus rigides, plus tendus que normalement. Les iliospinaux, en particulier ceux de la gouttière vertébrale droite, sont très contracturés; de même, les muscles de l'abdomen.

Il existe, à la nuque, les traces du large furoncle qu'a eu le malade. Au niveau de la proéminente se trouve une sorte d'épaississement du derme, rayonnant autour des lignes d'incisions faites par le bistouri.

Les muscles péri-scapulaires sont considérablement atrophiés, surtout à droite. L'atrophie porte plus particulièrement sur les muscles sus et sous-épineux, rhomboïde, grand dorsal et trapèze (portion inférieure). Les deltoïdes ont, pour ainsi dire, leur volume normal.

Les membres supérieurs, en demi-flexion, sont comme collés contre le tronc. La flexion du coude est assez facile ; au contraire l'extension ne peut se faire que difficilement et en plusieurs temps. L'articulation de l'épaule a conservé très peu de mouvements ; la circumduction du bras est impossible. Les mouvements des articulations radio-carpiennes sont assez faciles dans le sens de la flexion ; par contre, ces mouvements sont plus difficiles dans l'extension. De même, pour les doigts. Les muscles des membres supérieurs ont conservé à peu près leur volume normal ; ces muscles sont contracturés, surtout les extenseurs. La contracture est moins accentuée à gauche qu'à droite.

Du côté des membres inférieurs, on constate un certain degré de parésie et la même raideur qu'aux membres supérieurs. L'extension du genou est assez difficile, la flexion, plus facile. Les mollets, contracturés, sont le siège de tiraillements douloureux presque continuels.

La marche est gênée par une sensation de chatouillement de la plante des pieds et de lourdeur générale dans les deux membres inférieurs. M... ne peut se tenir debout sur un seul pied. L'occlusion des yeux n'est pour rien dans la production de ce phénomène.

Tous les réflexes, à part celui des masséters, qui est normal, sont très considérablement exagérés, principalement du côté des muscles extenseurs. Il suffit de percuter, même très légèrement, le tendon ou le muscle, pour provoquer ces réflexes. Les réflexes cutanés sont aussi très exagérés : le chatouillement, même léger de la peau, provoque immédiatement des contractions musculaires.

Trépidation spinale intense que l'on arrête facilement par la torsion du gros orteil. — La sensibilité est complètement intacte sous tous ses modes. Pas de troubles actuels des sphincters. Vue, ouïe, normales. Les fonctions cérébrales ne laissent rien à désirer.

L'examen des yeux est négatif.

REMARQUE. — Je fus, je l'avoue, fort perplexe pour établir dans l'espèce un diagnostic précis. Je passai successivement en revue les affections de la moelle dans lesquelles le symptôme contracture est le phénomène dominant.

J'écartai immédiatement l'hystérie dont je n'avais devant moi aucun stigmate, et dans le passé comme dans le présent, je ne relevais aucun phénomène hystérique.

Je discutai ensuite les dystrophies nusculaires progressives, la poliomyélite antérieure, la forme spinale de la sclérose en plaques, la polynévrite généralisée, l'hématomyélie, la lèpre anesthésique, la syringomyélie, la myélite transverse cervicale, la sclérose latérale amyotrophique, le tabes spasmodique, etc. Je ne conclus pas à l'existence de l'une ou l'autre de ces affections parce que le tableau clinique que j'avais sous les yeux s'écartait par plusieurs symptômes importants de celui que l'on est dans l'habitude de regarder comme caractéristique de ces diverses maladies.

Je m'arrêtai au diagnostic suivant : *pachyméningite cervicale hypertrophique. Compression antérieure et latérale de la moelle; myélite transverse consécutive ayant détruit une partie des cornes antérieures. Dégénérescence descendante des faisceaux latéraux.* Je ne me dissimulai pas que l'ensemble des signes que j'observais était loin de correspondre à la forme classique, habituelle de la pachyméningite cervicale hypertrophique, mais on sait combien grandes sont les variations du tableau clinique, dans les maladies chroniques de la moelle. L'absence de tout trouble de la sensibilité m'empêcha de conclure à la syringomyélie, quoique aujourd'hui il ait été produit des observations de cette maladie avec pièces anatomiques à l'appui, dans lesquelles il n'y a eu aucun trouble de sensibilité. D'ailleurs à l'époque où j'observais mon malade, la forme spastique de la syringomyélie était mal connue.

Traitement. — En conséquence de mon diagnostic, je fis mettre des pointes de feu, fréquemment, sur la région cervico-dorsale de la colonne vertébrale. J'ordonnai, en outre, l'iodure de potassium et des bains sulfureux.

Après deux mois de séjour à l'hôpital, l'état du malade s'améliore ; la marche devient plus facile. Mais à la fin du mois d'octobre, il survient une aggravation : le malade pour marcher est obligé de se cramponner aux montants des lits ; il ne peut plus aller aux bains sans se faire accompagner.

Au mois de novembre, il contracte dans le service une fièvre typhoïde. Cette affection ne semble avoir influé en rien sur la marche de la maladie. — Dans le courant de la convalescence, quinze jours environ après la chute de la fièvre, il se trouve bien de nouveau, et dans l'état d'amélioration où il était avant sa fièvre typhoïde.

Au mois de mars 1890, — en même temps qu'un état fébrile assez marqué, — des mouvements involontaires se produisent dans les

membres inférieurs du malade. — Les draps relevés, la simple impression de l'air froid suffit pour amener un tremblement étendu des deux jambes. — La plus petite percussion des muscles détermine une trépidation spinale prolongée. — Le malade est incapable de se tenir sur ses jambes sans être soutenu par un infirmier. Ces phénomènes disparaissent peu à peu, dans l'espace de quinze jours.

15 *avril.* — Le membre supérieur droit est dans la demi-flexion et la pronation, par suite de la contracture du biceps; le malade peut fléchir le bras, mais l'extension complète n'est pas spontanément possible. — Légère rétraction de l'extrémité du petit doigt.

Le malade arrive à mettre son bras sur sa tête, mais avec difficulté; quand il veut exécuter ce mouvement il est pris d'un tremblement assez étendu.

Du côté gauche, on constate une rétraction du petit doigt et une rétraction un peu moindre de l'index; un léger degré de contracture du biceps n'empêche pas l'extension complète, avec un effort relativement minime.

Le deltoïde est légèrement atrophié des deux côtés : les muscles des fosses sus et sous-épineuses sont beaucoup plus atteints que le rhomboïde, le grand dorsale et le trapèze. — Les omoplates sont détachées et un peu éloignées de la ligne médiane (davantage à droite).

Mensuration. — Tiers supérieur de l'avant-bras.	Gauche = 0m,22,5	Droit = 0m,22
— Partie moyenne du bras	Gauche = 0m,25	Droit = 0m,25
Dynamomètre. — Main	Gauche = 32k	Droite = 31k

Au tronc l'atrophie des muscles ilio-spinaux amène une déviation latérale gauche de la colonne vertébrale.

Aux membres inférieurs, il existe une contracture très marquée et une atrophie également répartie sur tous les muscles.

Mensuration. — Tiers supérieur de la jambe . .	à gauche = 0m,27	à droite = 0m,27
— Partie moyenne de la jambe . .	à gauche = 0m,37	à droite = 0m,37

En outre, douleurs dans les membres inférieurs des deux côtés, sous forme d'élancements aux genoux et de fourmillements aux jambes.

La marche est assez pénible; le malade se tient voûté en avant; il ne peut se lever de sa chaise sans le secours d'un aide.

Les réflexes sont exagérés à gauche beaucoup plus qu'à droite.

A cette époque la sensibilité est encore partout normale dans tous ses

modes; il n'existe pas d'anesthésies, ni d'hyperesthésies. — Pas de troubles de la miction. — La défécation est un peu pénible. — La vue est toujours normale.

Mai. — Le malade est pris de douleurs en ceinture très vives; de plus il sent au milieu des deux épaules une douleur qui le serre comme un corset.

Juin. — Persistance des douleurs précédentes; de plus, douleurs violentes aux cuisses, affectant par moment la sensation « d'éclairs » : elles suivent à peu près exactement le trajet du sciatique.

Novembre. — On constate l'apparition d'*une zone d'hyperesthésie occupant tout le membre inférieur droit,* sauf au niveau du pied, où la sensibilité est la même qu'à gauche. *La sensibilité est encore normale dans tout le reste du corps.* — Réflexes rotulien et plantaire exagérés.

A gauche, on provoque facilement la trépidation spinale; à droite, on ne peut la produire, le pied étant immédiatement immobilisé en adduction et rotation en dedans par la contracture des muscles de la jambe.

Les douleurs en éclair qui traversaient la cuisse sont devenues plus rares. — Les douleurs actuelles siègent surtout au genou gauche, où elles sont continues, et, bien moins fortes, au genou droit. — Crampes fréquentes des mollets, bien plus rares également du côté droit.

Le malade ressent des fourmillements continuels dans les jambes et a une sensation de froid au niveau des jambes et des pieds. (La température est la même au toucher que celle du reste du corps.)

Les douleurs en ceinture n'ont pas varié d'intensité; les douleurs interscapulaires sont devenues plus fortes, surtout le soir, gênant par moment la respiration.

Au niveau du sacrum douleur vive, que fait disparaître momentanément une application de pointes de feu. — Douleurs intermittentes dans l'épaule droite. — La constipation est habituelle; la miction se fait bien. — La parole est devenue un peu plus difficile; il n'y a pas de troubles de la déglutition.

Le malade n'a pas d'appétit. — La marche est devenue bien plus difficile. — Dès que les pieds du malade touchent terre, il se produit une contraction du triceps qui rend la flexion de la jambe impossible. Le malade doit tenir les yeux fixés à terre et s'appuyer sur une chaise pour marcher. — De plus, quand il éprouve en marchant une sensation de froid, la contracture des muscles rend la marche totalement impossible et il doit se recoucher. Ces phénomènes se dissipent au bout de quelque temps. A la main droite, l'annulaire s'étend maintenant comme le médius. — Quand le malade étend l'avant-bras, le mouvement est quelquefois arrêté par

une brusque contraction du biceps. L'avant-bras est contracturé en pronation. On parvient cependant facilement à vaincre la contracture.

Dynamomètre. — Main	Droite	= 27k
	Gauche	= 32k
Mensuration. — Tiers supérieur de l'avant-bras.	Gauche	= 0m,24 1/2
	Droit	= 0m,24
— Partie moyenne du bras	Gauche	= 0m,26
	Droit	= 0m,25
— Jambe (0m,10 de la pointe de la rotule).	Gauche	= 0m,26
	Droit	= 0m,27 1/2
— Cuisse (0m,16 de la base de la rotule) . .	Gauche	= 0m,38
	Droit	= 0m,39

25 *Novembre.* — La douleur sacrée, qui avait disparu complètement, est revenue. Des pointes de feu, appliquées de nouveau, ne la font pas cesser. Depuis deux jours la raideur du bras augmente. Le malade fléchit et étend l'avant-bras plus difficilement et n'arrive pas à l'extension complète. — L'extension passive est possible, mais provoque une vive douleur. La jambe gauche est également plus raide depuis une quinzaine de jours. La flexion des doigts se fait avec une force normale. Les mouvements d'opposition du pouce se font bien.

Dynamomètre. — Main.	Droite	= 30k
	Gauche	= 40k

Le mouvement d'extension de la main sur l'avant-bras se fait avec bien plus de force à gauche, de même que la flexion et l'extension de l'avant-bras. — La corde du long supinateur est marquée surtout à gauche. La supination est impossible à droite, ainsi que l'extension complète. Les mouvements d'élévation du bras se font difficilement.

Du côté gauche, on note un certain degré d'amaigrissement des masses musculaires de l'avant-bras (atrophie en masse). La scoliose se prononce de plus en plus.

Au mois de juin, le malade quitte le service. Il y rentre le 22 octobre 1891. — Ce jour l'état général est meilleur, l'ensemble des phénomènes morbides plus satisfaisant.

Le malade éprouve encore des douleurs dans les deux genoux et à la face postérieure des jambes; ce sont des douleurs constrictives, en étau. Il ressent aussi des picotements dans les jambes et des douleurs en ceinture, ainsi que des élancements à l'épaule et au bras.

La marche est très difficile, mais non impossible. Il y a, à ce point de vue, une amélioration. Le malade peut marcher en se tenant le long des lits; il peut même faire quelques pas, seul, sans appui.

La force musculaire est conservée. On constate au membre inférieur une contracture marquée. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse. De même, les membres supérieurs sont le siège d'une parésie spasmodique plus accentuée à droite qu'à gauche.

Dynamomètre. — Main. . . . . { Droite = 25k / Gauche = 37k }

Il est survenu des troubles de sensibilité plus marqués que ceux qui avaient été notés auparavant.

Membres inférieurs. — On ne constate *aucun trouble de la sensibilité tactile*, mais il existe une *diminution de la sensibilité de la douleur* localisée à la partie interne de la jambe et de la cuisse gauche. La *sensibilité à la température est diminuée* aux mêmes places. La perception de la douleur et de la température semble d'ailleurs *plutôt retardée que diminuée.*

Membres supérieurs. — On ne constate aucun trouble de sensibilité.

Abdomen. — Il existe à gauche une *zone d'anesthésie pour les trois modes de la sensibilité*, cette anesthésie s'étend en arrière jusqu'à la colonne vertébrale. Elle comprend la moitié latérale gauche du tronc, du rebord des fausses côtes à la crête iliaque et de la ligne blanche à la colonne vertébrale.

Au niveau du tronc, il n'existe aucun trouble sensitif. Il en est de même pour la face. Dans la région du cou, au contraire, on constate *une perte absolue de la sensibilité à la douleur et à la température* dans toute la zone innervée par le plexus cervical superficiel. Le *sens du tact est conservé* dans ces mêmes points : *la dissociation syringomyélique est donc parfaite.* De plus le malade éprouve une sensation de constriction dans la moitié postérieure du cou.

Pour ce qui concerne les réflexes, on constate une exagération des réflexes rotulien et massétérin.

Il existe à gauche de la trépidation spinale; le réflexe plantaire est aboli. Pas de troubles de la miction et de la défécation.

C'est à ce moment que, cédant aux instances du malade, qui voulait être opéré à tout prix, parce qu'il m'avait souvent entendu parler d'une intervention chirurgicale possible, et du soulagement probable qui en résulterait pour lui, et espérant qu'une partie du moins des symptômes relevaient d'une compression de cause externe, je me décidai à le faire passer dans le service de M. le Dr Peyrot, suppléé par M. le Dr Bazy qui consentit à l'opérer.

L'*opération* a lieu le 30 décembre 1891. L'incision porte sur les cinquième et quatrième vertèbres cervicales. Les os étant dénudés à la rugine, on enlève les apophyses épineuses et les lames des quatrième et cinquième vertèbres cervicales, du côté droit seulement; la dure-mère, qui est saine, est incisée; l'arachnoïde, qui

paraît bomber légèrement en arrière, est également ouverte, avec précaution. On constate nettement l'existence d'une saillie à la face postérieure de la moelle. En pinçant cette saillie entre les deux mors d'une pince à griffes, le tissu médullaire se rompt et il sort d'une cavité intra-médullaire une certaine quantité de liquide clair, limpide, ressemblant à du liquide céphalo-rachidien ; on constate alors qu'on a ouvert un kyste assez étendu situé dans la région postérieure de la moelle et qui n'était séparé de la surface que par une très faible couche de tissu nerveux, mesurant de 1 à 2 millimètres. Il s'est écoulé au moins deux ou trois cuillerées de liquide.

30 *décembre*. — Soir. T. 40°,5. P. 120. — Le malade se trouve bien. Un peu moins de contracture des membres inférieurs et supérieurs, surtout à droite.

31 *décembre*. — Matin, T. 39°. Soir, T. 40°,4. P. 110, 112. — L'état général paraît bon. — Soif assez intense. — La contracture a diminué, le malade trouve qu'il remue mieux ses bras.

1er *janvier*. — Matin, T. 39°,5. Soir, 40°,2. P. 115,120. Un lavement; selles abondantes, sulfate de quinine 1 gramme en deux fois. L'amélioratiou est manifeste ; le malade remue beaucoup mieux les membres.

2 *janvier*. — Matin, T. 39°,4 Soir, 40. P. 110,100. Léger subdélirium pendant la nuit : on l'attribue à la quinine.

3 *janvier*. — T. 39°,4 au matin, P. 90. La nuit a été assez agitée. Le malade se trouve d'ailleurs bien; on défait le pansement. La plaie paraît en bon état, on n'y touche pas. Le soir l'agitation a augmenté. Le malade voit continuellement des gens qui veulent l'assassiner. Il ne cesse de crier et de s'agiter dans son lit. T. 40°,4, pouls rapide, mais régulier, à 120. Contracture des membres inférieurs en extension, des supérieurs en flexion. — Mort le 4 janvier à quatre heures du matin.

Autopsie le 5 janvier 1892. — La partie postérieure des lobes inférieurs des deux *poumons* est le siège d'une légère congestion passive. — Le *cœur* est normal et en systole; il est complètement vide de sang. On n'observe rien de spécial dans les autres viscères, *foie*, *rein*, *rate*.

Cerveau. — Les méninges cérébrales sont injectées, leurs veines sont fortement dilatées, surtout vers la convexité et dans le lobe frontal, au niveau de la scissure de Rolando. Il n'y a rien d'anormal dans le reste de l'organe.

Moelle. — Au niveau de l'incision opératoire on trouve un peu de sérosité sanguinolente, avec de petites plaques de fibrine, mais pas de pus : cette sérosité a été examinée au point de vue bactério-

logique par M. le Dr Netter, qui n'y a trouvé aucun microgranisme; il ne s'agissait donc pas d'une infection consécutive à l'opération, et l'hyperthermie présentée par le malade était de nature purement nerveuse.

Il n'y a pas d'épanchement notable dans le canal rachidien autour de la dure-mère, qui présente un aspect normal, sauf au niveau de l'incision, où elle est un peu colorée par le sang. La suture au catgut tient très bien et ne laisse pas écouler le liquide céphalo-rachidien. Les lames des quatrième et cinquième vertèbres cervicales sont enlevées à droite.

Après avoir découvert la moelle complètement, on constate que la dure-mère n'est pas plus tendue que d'habitude. La dure-mère et l'arachnoïde sont complètement normales. La pie-mère est rouge pâle et œdémateuse surtout dans les régions dorsale et lombaire; dans toute son étendue, elle est très vascularisée et on aperçoit de grosses veines tortueuses qui rampent à sa surface.

La *moelle* a conservé partout son volume normal, si ce n'est au niveau du renflement cervical, où elle est fortement augmentée de volume, surtout en largeur. A ce niveau, elle présente en arrière une coloration verdâtre qui tranche sur la coloration blanche de la face antérieure.

L'incision, faite pendant l'opération, se trouve au niveau de l'origine des cinquième et sixième paires cervicales; elle a environ un centimètre et demi de longueur. Par cette incision, on peut introduire une sonde cannelée dans une cavité qui paraît remonter jusqu'à la quatrième paire cervicale et descendre jusqu'à la deuxième paire dorsale. Sur une coupe pratiquée à ce niveau, on aperçoit une tumeur formée d'un tissu mou, gélatineux, gris verdâtre, qui a une forme arrondie et qui occupe presque entièrement la place réservée aux cordons postérieurs; au centre de ce tissu néoplasique, se trouve une perte de substance, de forme étoilée sur la coupe, qui est la cavité du kyste ouvert par le chirurgien. Sur des coupes successives pratiquées au-dessus et au-dessous de la première, on constate que la tumeur remonte jusqu'à quelques millimètres au-dessous du bec du calamus et qu'elle descend jusqu'à l'extrémité du renflement lombaire, en diminuant beaucoup de volume et en se cantonnant dans la région de la corne postérieure gauche. A partir de la région dorsale, le gliome n'est plus excavé.

Les racines antérieures et postérieures ne paraissent pas sensiblement altérées; elles ont conservé à peu près leur volume normal et leur coloration habituelle.

Les muscles de la ceinture scapulaire sont atrophiés des deux côtés, mais non complètement détruits; leur coloration et leur consistance sont encore assez bien conservées. Le rhomboïde et la partie cervicale du trapèze paraissent être les plus atteints.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — I. *Topographie de la tumeur.* — L'évolution du néoplasme étant beaucoup plus avancée dans les régions supérieures de la moelle, il est plus facile de la décrire en allant de bas en haut; de cette façon on se rend mieux compte de son extension progressive et on assiste à l'envahissement successif des différentes régions de la moelle.

Dans le cône terminal, la tumeur apparaît à environ un centimètre au-dessus de l'extrémité inférieure de la moelle (*fig.* 1). En



Fig. 1. — Coupe du cône terminal; coloration de Pal.

La tumeur se montre sous la forme d'une infiltration diffuse située en arrière de la substance grise centrale, au niveau du col de la corne postérieure gauche.

ce point elle est constituée simplement par une infiltration diffuse, contenant encore de nombreux tubes nerveux écartés, dissociés et tordus par les éléments néoplasiques; cette infiltration est située en arrière du canal central, dont les cellules ont proliféré à ce niveau, mais qui en reste parfaitement distinct; elle envahit en arrière les cordons postérieurs, surtout à gauche.

Vers le milieu du renflement lombaire, il n'existe plus de tubes à myéline au centre de la tumeur, qui s'étend du col de la corne postérieure gauche au col de la corne postérieure droite; de plus une mince fusée de tissu néoplasique suit le sillon postérieur dans toute sa longueur. Les limites de la tumeur restent très vagues et son tissu se confond insensiblement avec le tissu sain.

Vers la deuxième lombaire, il se forme au sein du néoplasme une masse cylindrique, nettement délimitée et formée de nattes névrogliques entrelacées. Cette tumeur, véritablement circonscrite, décapite la corne postérieure gauche, sans beaucoup comprimer la corne antérieure. Les fibres de la racine postérieure contournent la tumeur en s'étirant; elles passent les unes en dehors, les autres,

beaucoup plus nombreuses, en dedans. Ces dernières séparent le nodule circonscrit d'une zone d'infiltration néoplasique diffuse qui gagne le col de la corne postérieure droite en longeant la commissure grise, et se perd insensiblement en arrière dans les cordons postérieurs. A ce niveau, il ne reste plus aucune trace de la substance gélatineuse de Rolando à gauche.

A mesure que l'on remonte, la tumeur envahit de plus en plus la corne antérieure et elle se dirige en dehors. Au niveau de la

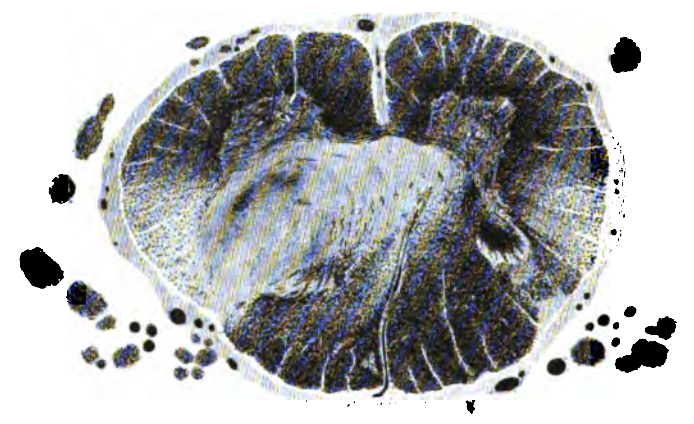


Fig. 2. — Coupe pratiquée au niveau de la douzième racine dorsale.

La portion circonscrite de la tumeur a décapité la corne postérieure gauche; elle contient de gros amas de granulations pigmentaires. La portion diffuse envahit les cordons postérieurs; un petit nodule néoplasique isolé est situé en arrière, à gauche de la scissure postérieure. Dégénérescence des faisceaux pyramidaux.

douzième dorsale (*fig.* 2), elle a passé complètement en dehors de la corne postérieure; en dedans et en arrière de la tumeur, on aperçoit la tête de la corne refoulée, ainsi que les fibres radiculaires postérieures; celles-ci pénètrent dans l'intérieur même de la tumeur où elles disparaissent bientôt. Outre la portion circonscrite, il existe, comme plus bas, une portion diffuse qui envahit les cordons postérieurs et qui se distingue nettement de la première. De plus, on peut apercevoir en arrière, à gauche de la scissure postérieure, un petit noyau, complètement isolé, de tissu néoplasique diffus. A ce niveau, le faisceau latéral profond est envahi, à gauche, par l'infiltration.

Un peu plus haut, vers la dixième dorsale, la tumeur qui, partie des cordons postérieurs, était passée entièrement en dehors de la corne postérieure gauche, en la décapitant, revient en dehors d'elle, en repassant par conséquent dans les cordons postérieurs

(*fig.* 3). Les fibres radiculaires postérieures, très atrophiées, passent maintenant en dehors du néoplasme. La substance de Rolando est de nouveau complètement détruite, ainsi que la colonne de Clarke, dont il ne reste plus aucune trace. En arrière, on retrouve la même infiltration diffuse que plus bas.

Sur les coupes suivantes, la tumeur continue à occuper la même place; les fibres radiculaires postérieures passent pour la plupart en dehors d'elle; quelques-unes pourtant passent parfois en de-

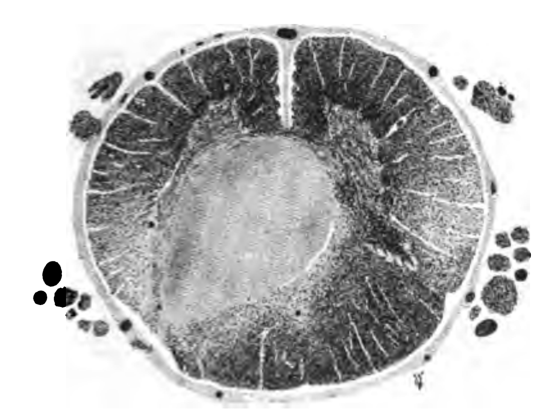


Fig. 3. — Coupe pratiquée au niveau de la dixième racine dorsale.

La portion circonscrite de la tumeur a repassé dans les cordons postérieurs; en dehors d'elle, on aperçoit quelques rares fibres radiculaires; la substance de Rolando a complètement disparu à gauche. La portion diffuse rayonne dans les cordons postérieurs. Dégénérescence des faisceaux pyramidaux.

dans ; elles sont toutes fortement étirées et atrophiées. La colonne de Clarke reste détruite à gauche ; à droite, elle est tantôt détruite, tantôt saine, suivant que le néoplasme l'atteint ou en reste écarté.

Vers la sixième dorsale, la corne antérieure gauche disparaît presque complètement ; toutes ses cellules ne sont pourtant pas détruites et on les retrouve étalées à la périphérie de la tumeur.

Vers la quatrième dorsale, la corne antérieure se reforme, tout en restant plus comprimée et plus déformée que la droite. C'est à ce niveau que le gliome commence à s'excaver ; on aperçoit sur la coupe deux excavations de nature différente, dont l'une disparaît bientôt, tandis que l'autre remonte en se dilatant jusqu'à l'extrémité supérieure de la tumeur; il en sera question plus tard en détail.

Au niveau de la troisième dorsale, la cavité est déjà grande ; elle a une forme étoilée et est creusée dans un tissu néoplasique épais, compact et nettement circonscrit sur ses bords.

La *figure 4* représente une coupe de la moelle à la hauteur de la huitième cervicale; on voit comment les cornes antérieures et postérieures s'étalent à la périphérie; le cordon postérieur gauche

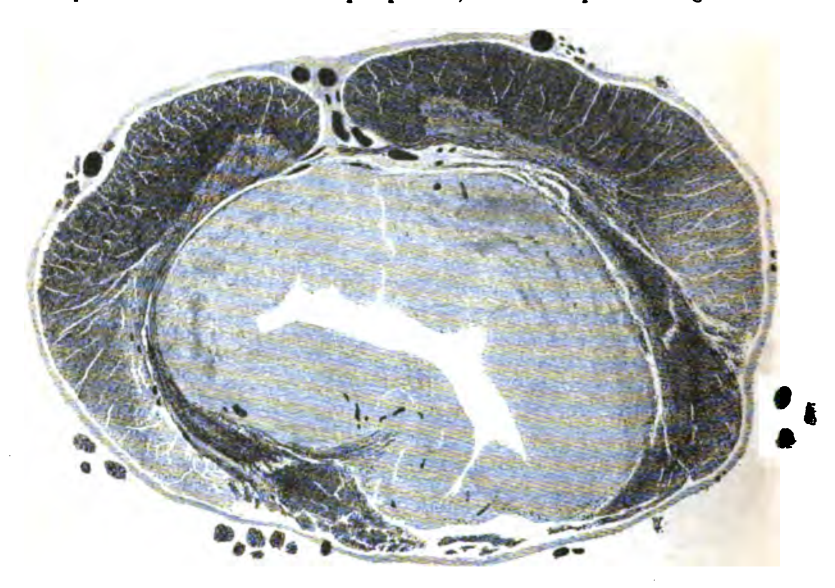


Fig. 4. — Coupe pratiquée au niveau de la huitième racine cervicale.

La tumeur est creusée à son centre d'une excavation de forme irrégulièrement étoilée. Aplatissement et étirement des cornes à son pourtour. Dégénérescence intense des faisceaux pyramidaux croisés et des faisceaux cerebelleux directs; dégénérescence moins visible des faisceaux de Gowers.

est fortement entamé; le droit, au contraire, est conservé en partie, quoique très déformé.

Au niveau de la sixième cervicale, la cavité a été ouverte par le chirurgien (*fig.* 5); on voit le développement énorme que la tumeur a pris à ce niveau. A l'endroit de la section, les tissus sont fortement infiltrés de globules rouges encore intacts.

Un peu plus haut, à la hauteur de la quatrième cervicale, la tumeur a pris une conformation très irrégulière; outre la cavité principale, il en existe d'autres petites, communiquant plus ou moins entre elles et limitées par des lames de tissu contournées dans tous les sens. De plus, outre la partie principale, circonscrite, on trouve sur les côtés et en arrière, une zone d'infiltration diffuse, qui envahit déjà presque la totalité des cordons postérieurs. Le canal central est dilaté sur une petite étendue, il forme

une petite lacune tapissée d'une couche très régulière d'épithélium cubique cilié.

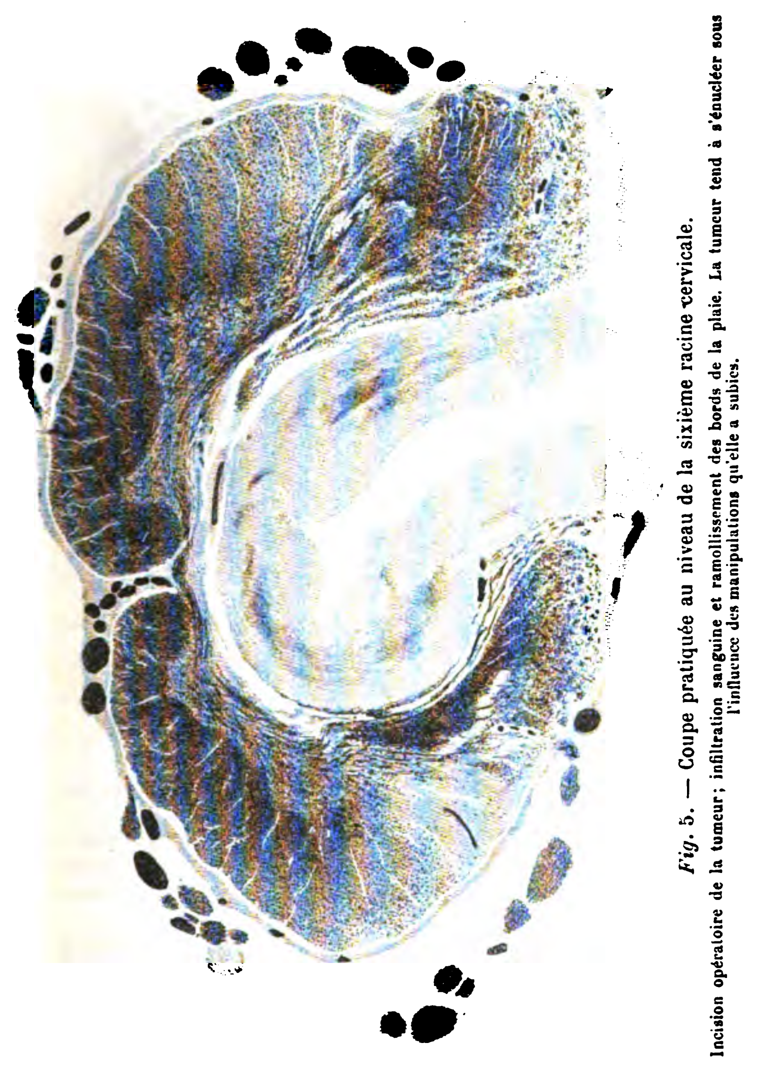


Fig. 5. — Coupe pratiquée au niveau de la sixième racine cervicale.
Incision opératoire de la tumeur; infiltration sanguine et ramollissement des bords de la plaie. La tumeur tend à s'énucléer sous l'influence des manipulations qu'elle a subies.

Enfin au niveau de la deuxième cervicale (*fig.* 6), bien que la tumeur principale ait diminué de volume, la portion infiltrée a

fait de tels progrès qu'elle a détruit complètement les cordons postérieurs, dont il n'existe plus que de rares fibres isolées, et les zones radiculaires des deux côtés. La partie profonde des faisceaux latéraux est même envahie, surtout à droite ; la corne antérieure droite

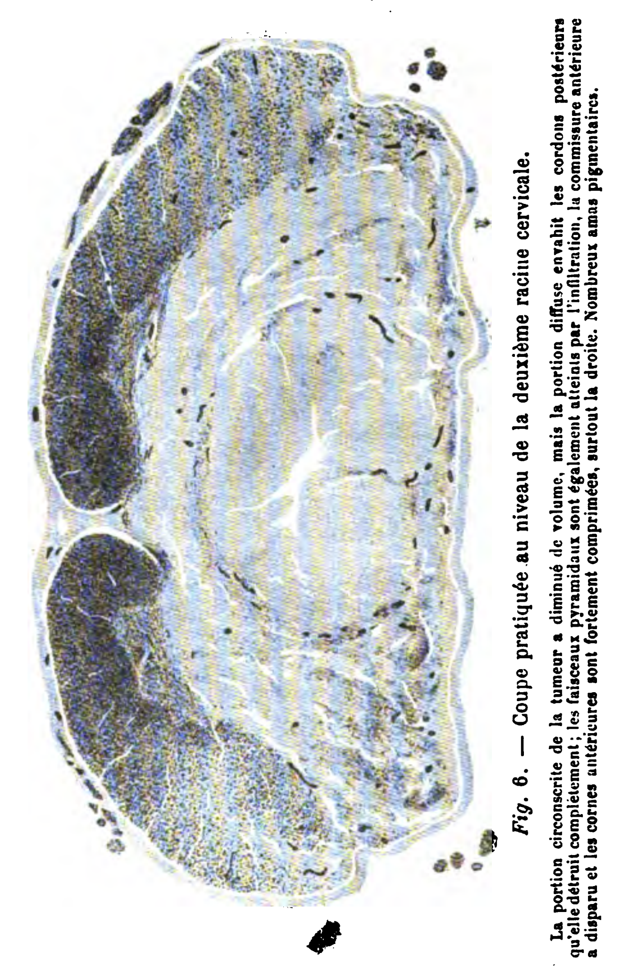


Fig. 6. — Coupe pratiquée au niveau de la deuxième racine cervicale.

La portion circonscrite de la tumeur a diminué de volume, mais la portion diffuse envahit les cordons postérieurs qu'elle détruit complètement ; les faisceaux pyramidaux sont également atteints par l'infiltration, la commissure antérieure a disparu et les cornes antérieures sont fortement comprimées, surtout la droite. Nombreux amas pigmentaires.

est également la plus comprimée. Toute cette masse de néoplasme diffus est parsemée d'hémorrhagies anciennes et récentes ; elle est très friable et toute craquelée sur les coupes. Le canal central n'est plus dilaté sur ce point ; il forme là, comme dans tout le reste de

la moelle, un petit amas de cellules proliférées, refoulé par la tumeur, mais très nettement distinct d'elle. Plus haut, le néoplasme disparaît presque brusquement et au niveau du collet du bulbe, on n'en trouve plus aucune trace.

II. *Structure de la tumeur.* — Il existe du haut en bas de la moelle une portion du néoplasme qui est nettement circonscrite et qui forme comme une tige plus ou moins arrondie, excavée dans sa partie supérieure; cette tige est isolée du reste de la moelle par une mince couche fibrillaire, lâche, très visible en certains points, moins marquée en d'autres; il en résulte que cette portion du néoplasme paraît énucléable et se distingue parfaitement du reste; son tissu ne contient plus d'éléments nerveux. Mais en dehors de cette formation, à laquelle on ne peut pas refuser le nom de *tumeur*, il existe à sa périphérie, sur la plus grande partie de son étendue, une infiltration diffuse des mêmes éléments néoplastiques, qui tendent à étouffer les éléments nerveux; tandis que dans la partie circonscrite de la tumeur, les éléments se disposaient en nattes, en tourbillons, en lames contournées, ceux de la portion diffuse n'affectent aucune disposition architecturale, tout en étant manifestement de même nature. Nous pouvons donc trouver dans le néoplasme deux parties parfaitement distinctes : 1° une partie *circonscrite;* 2° une partie *diffuse*, sans limites nettes.

La *partie circonscrite de la tumeur* est constituée par un tissu fibrillaire, contenant des cellules en quantité variable suivant les points; de plus, ce tissu est tout infiltré d'une substance, d'aspect hyalin, qui se colore faiblement par le carmin, et qui paraît homogène au premier abord; mais, sur les coupes dissociées, après avoir subi les manipulations de la méthode de Malassez, on voit qu'en bien des points, et particulièrement aux environs de la cavité, cette substance interstitielle est formée de petites boules arrondies qui sont peut-être les débris d'éléments cellulaires. Les cellules sont en effet beaucoup moins abondantes dans ces points qu'à la périphérie de la tumeur, là où celle-ci paraît être en voie d'accroissement, et on peut admettre qu'un grand nombre d'éléments figurés ont subi une dégénérescence qui les rend méconnaissables. Les cellules contiennent un noyau plus volumineux que les cellules névrogliques normales; ce noyau est arrondi ou irrégulier; souvent il est allongé ou en bissac. Sur les coupes colorées à l'hématoxyline, on constate que les noyaux sont disposés en nappes ou en bandes, d'orientation variable; très abondants en certains points, ils deviennent beaucoup plus rares en d'autres points, et particulièrement au voisinage de l'excavation où le tissu est presque purement fibrillaire. Souvent les noyaux se disposent par files de quatre ou cinq, toutes orientées dans le même sens et plongées dans des fibrilles qui affectent elles-mêmes la même direction générale ; il

en résulte la formation de bandes fibreuses qui s'entremêlent irrégulièrement ; habituellement la périphérie de la tumeur est circonscrite par de semblables faisceaux qui se disposent en cercles plus ou moins parallèles au bord du néoplasme.

Il faut ajouter que le corps d'un très grand nombre de ces cellules est infiltré de granulations de pigment sanguin; des amas souvent très volumineux de granulations semblables sont d'ailleurs semés dans tout le tissu.

Outre les cellules dont il vient d'être question, on trouve aussi des blocs homogènes très volumineux, à contour arrondi ou ovoïde; ces blocs contiennent un noyau volumineux ou n'en contiennent plus; ils peuvent être infiltrés de granulations pigmentaires. Cette formation résulte certainement d'une transformation particulière des cellules de la névroglie, car on peut trouver tous les stades de la transformation. La comparaison de ces cellules avec celles que l'on trouve dans certains gliomes neuroformatifs du cerveau et la présence très nette de un ou deux prolongements sur quelques-unes d'entre elles, permettent de soupçonner qu'il y a là une tendance à l'évolution ganglionnaire des cellules néoplasiques.

Les fibres sont de volume et de disposition variables; en certains points elles sont très apparentes et forment un réseau régulier, à mailles larges ; c'est l'aspect que l'on rencontre autour de la cavité. Ailleurs, elles se disposent presque parallèlement les unes aux autres et forment des bandes d'aspect fibroïde. Enfin dans bon nombre d'endroits la névroglie prend un aspect granuleux et ressemble beaucoup à celle que l'on rencontre dans l'écorce cérébrale; mais à un fort grossissement on aperçoit encore les fibrilles, très fines, engluées par une substance interstitielle grenue.

La *tumeur infiltrée* est constituée des mêmes éléments, mais on trouve encore dans son épaisseur des éléments nerveux qui n'ont pas été étouffés complètement. Les cellules ont les mêmes aspects que dans la tumeur circonscrite, mais elles ne se disposent jamais en traînées; en certains points elles sont très peu abondantes; mais par places, surtout vers la périphérie, elles prolifèrent abondamment, au point de se toucher presque. En un mot, il existe des endroits nombreux où on croirait avoir affaire à un *gliome vrai*, tel qu'on en rencontre dans le cerveau.

Entre les cellules le tissu est formé de fibres très fines; par places il a même un aspect très finement granuleux et les fibrilles ne se distinguent plus guère. Dans le renflement cervical, où il est très abondant, ce tissu néoplasique diffus est très friable (*fig.* 6).

Toute la tumeur est très vasculaire et a été le siège d'une congestion très intense, pendant fort longtemps, ainsi qu'en témoignent les nombreux amas pigmentaires qu'elle renferme; ces amas pigmentaires sont situés soit dans les cellules, soit dans la paroi vasculaire et dans le tissu conjonctif qui accompagne les vaisseaux; il

en existe aussi de très considérables qui sont libres, en plein tissu. La congestion est marquée surtout à la périphérie de la tumeur circonscrite, où on aperçoit une couronne de gros vaisseaux dilatés.

En étudiant de plus près la disposition des vaisseaux, on voit que les plus volumineux d'entre eux se groupent en nombre de trois

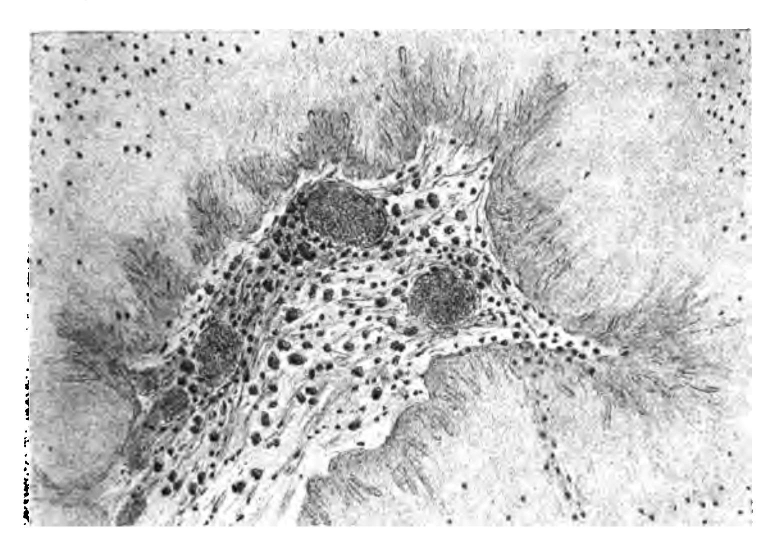


Fig. 7. — Un tractus vasculo-conjonctif coupé perpendiculairement à son axe, pris dans le renflement cervical, au voisinage de la cavité.

Tissu fibreux infiltré de granulations pigmentaires, contenant des vaisseaux dilatés. A la périphérie, membrane onduleuse d'aspect papillaire, séparant partout le tissu mésodermique du tissu ectodermique. Au pourtour le tissu néoplasique, d'origine névroglique est très pauvre en cellules. (Obj. 2 Vérick, oc. 1. Hématoxyline et éosine.)

ou quatre, pour cheminer dans le tissu néoplasique; ces faisceaux vasculaires sont accompagnés d'une gaine conjonctive épaisse, formée de grosses fibres et de cellules plates : c'est du tissu fibreux à proprement parler. Suivant que ces tractus conjonctivo-vasculaires sont coupés perpendiculairement à leur axe ou plus ou moins obliquement, ils forment des polygones étoilés ou des lignes ramifiées. Le tissu de la tumeur étant d'origine névroglique, on peut comparer cette disposition à celle des tumeurs épithéliales, où un élément ectodermique et un élément mésodermique se trouvent en présence; mais ici nous avons affaire à un organe où le tissu conjonctif est extrêmement peu abondant à l'état normal, et disposé exclusivement le long des vaisseaux; il en résulte que, lorsqu'il

s'épaissit, au contact de l'élément épithélial néoplasique, il n'arrive à former qu'un stroma extrêmement lâche, à travées exclusivement vasculaires. Les vaisseaux sont certainement altérés, car

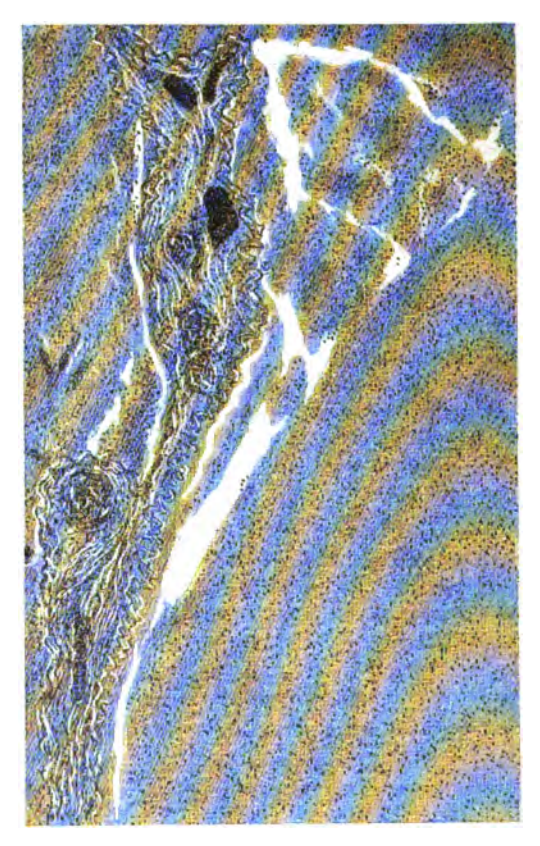


Fig. 8. — Un tractus vasculo-conjonctif coupé obliquement et contenant des névromes de régénération avec des vaisseaux gorgés de sang.

Membrane onduleuse séparant partout le tissu conjonctif du tissu névroglique néoplasique. (Obj. 2 Verick, oc. 1. Hématoxyline et éosine.)

leurs parois sont très épaisses et souvent infiltrées de pigment sanguin; mais il n'existe nulle part d'endartérite ni de thrombose.

Les *figures* 7 et 8 donnent une excellente idée de la forme et de la constitution des tractus conjonctivo-vasculaires. On voit qu'ils sont limités de toutes parts par une formation très caractéristique,

une membrane plissée qui sépare le tissu ectodermique du tissu mésodermique. Cette membrane décrit des sinuosités que l'on ne saurait mieux comparer qu'à la tranche d'une fraise tuyautée. De plus, comme les tractus conjonctifs envoient dans la tumeur de nombreuses expansions en forme d'épines, il en résulte que la membrane limitante décrit des sinuosités de premier ordre sur lesquelles viennent se greffer les sinuosités de deuxième ordre dont il vient d'être question ; l'ensemble prend l'aspect d'une série de grosses papilles coniques, parfois ramifiées, hérissées de petites papilles en forme de massue. A un faible grossissement on croirait voir une cavité étoilée tapissée d'un épithélium cylindrique. Très fine et d'aspect anhyste sur les tractus de moyen volume, la membrane devient beaucoup plus épaisse et stratifiée sur les gros tractus. Les vaisseaux qui cheminent isolément et qui ne sont pas accompagnés d'une gaine conjonctive épaisse, ne possèdent pas non plus de membrane sinueuse, mais partout où l'on trouve cette formation, on peut s'assurer qu'elle entoure des éléments conjonctifs. Les fibrilles névrogliques viennent s'insérer perpendiculairement à la face externe de cette membrane ; les faisceaux conjonctifs au contraire lui sont parallèles et forment souvent une transition insensible entre elle et l'espace mésodermique; d'ailleurs sur les coupes colorées par la méthode Malassez on peut voir que la membrane se gonfle et se comporte comme le tissu conjonctif; elle n'est donc pas une formation névroglique, mais appartient au contraire en propre au tractus vasculo-conjonctif.

En lisant cette description, et surtout en regardant les figures qui la rendent compréhensible, le lecteur sera frappé de la ressemblance qui existe entre cette formation conjonctive et la membrane limitante de la cavité de beaucoup de syringomyélies; c'est la disposition papillaire qui est bien décrite et figurée dans la thèse récente de Critzman. La conclusion naturelle de ce rapprochement est que, dans bon nombre de cas de syringomélie, la cavité se développe aux dépens d'espaces conjonctivo-vasculaires dégénérés et dilatés; les vaisseaux ont disparu, ou forment encore des travées à l'intérieur de la cavité; il ne reste donc que la périphérie du tractus, sous la forme d'une mince couche hyaline, qui est du tissu conjonctif modifié, et d'une membrane plissée; mais cette membrane est suffisamment caractéristique pour permettre d'affirmer l'origine de la cavité. D'ailleurs on peut trouver dans la moelle qui nous occupe une preuve directe de la réalité de ce processus; en effet, vers le point où commence la cavité principale, qui, dans notre cas, a une origine toute différente, ainsi que nous allons le voir, il existe une petite cavité qui se forme aux dépens d'un tractus conjonctivo-vasculaire (*fig.* 9). Le tissu conjonctif est en train de subir une transformation hyaline et l'espace, très dilaté, ne contient plus à son centre qu'un vaisseau en voie de dégénéres-

cence; à la périphérie, on aperçoit bien la membrane plissée, qui subsiste encore.

Mais ce n'est pas de cette façon que s'est formée la cavité prin-

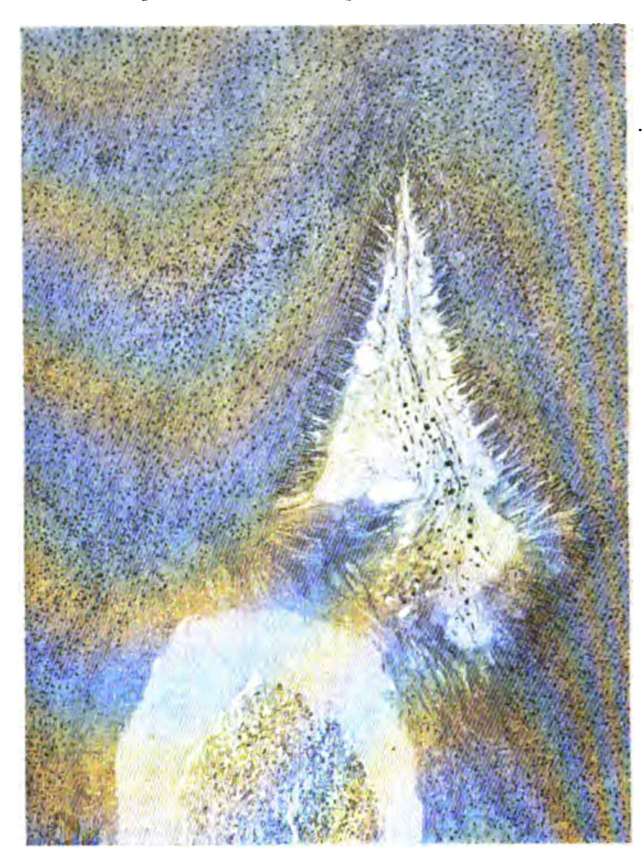


Fig. 9. — Coupe pratiquée vers la quatrième paire dorsale.

En haut on aperçoit une petite cavité, irrégulièrement quadrangulaire, qui est en train de se constituer aux dépens d'un tractus vasculo-conjonctif Au centre de cette cavité le tissu conjonctif est en voie de dégénérescence hyaline; le vaisseau n'est plus perméable au sang et est à peine reconnaissable; des granulations pigmentaires sont éparses; la membrane plissée, qui persiste, donne au bord de la cavité un aspect papillaire. Au-dessous se trouve une portion de la cavité principale, qui est encore peu développée à ce niveau; elle se forme, par fonte du tissu névroglique et est remplie d'une substance homogène, faiblement colorée, qui est un coaguleux albumineux; au centre nage un gros amas de détritus cellulaires, d'aspect hyalin, et de granulations pigmentaires, qui proviennent de la désintégration du tissu et qui se sont accumulés dans ce point déclive de la cavité principale de la tumeur. (Obj. 2, Vérick, oc. 1. Picro-carmin et hématoxyline.)

cipale dans le cas actuel; on la voit qui commence en arrière de la petite cavité que je viens de décrire; elle n'en est même séparée que par une très mince lamelle, qui certainement allait disparaître et les deux cavités étaient sur le point de se confondre. La cavité qui va nous occuper maintenant et qui a pris dans le renflement cervical de si grandes proportions est le résultat de la fonte du tissu néoplasique à son centre, par suite d'une irrigation sanguine insuffisante. Tandis qu'à sa périphérie la tumeur circonscrite paraît en voie d'accroissement et est richement pourvue de cellules, à son centre au contraire ses éléments actifs se raréfient de plus en plus et, à un moment donné, le tissu tout entier dégénère. Au point où la cavité vient seulement de se former, on aperçoit sur ses bords des fibrilles névrogliques qui se dissocient et mettent en liberté quelques rares cellules-araignées; le contenu



Fig. 10. — Un névrome de régénération, situé dans un espace vasculo-conjonctif, qui contient en outre des vaisseaux remplis de sang (coloré en noir par l'hématoxyline) et des granulations pigmentaires.

Tout autour on aperçoit la membrane plissée qui sépare le tissu conjonctif de la névroglie. Cet espace vasculo-conjonctif est situé à la périphérie du néoplasme, en avant de celui-ci; sur des coupes en séries, pratiquées au-dessous de ce point, on voit que le névrome vient en réalité des racines postérieures et a traversé la tumeur de part en part. (Obj. 2, Vérick, oc. 1. Coloration de Pal et éosine.)

est un coagulum très finement grenu, teinté en rose par le carmin, qui contient des amas de petites boules hyalines non colorées et quelques globules sanguins. Plus haut, lorsque la cavité est déjà grande, il semble que la pression exercée par le liquide en régularise les bords; qui sont comme tranchés au couteau en plein tissu; aucune fibrille ne dépasse plus.

Nous venons de passer en revue les principales dispositions du tissu néoplasique, avec ses tractus conjonctivo-vasculaires et ses cavités; il me reste maintenant à décrire une formation très curieuse qui, je crois, n'a pas été encore observée dans la moelle; je veux parler de véritables névromes de régénération qui se sont formés aux dépens des racines postérieures et qui cheminent dans l'épaisseur des tractus vasculo-conjonctifs, à différentes hauteurs de la moelle. Ce sont de petits fascicules nerveux, de forme arrondie, qui ressemblent parfaitement à des nerfs périphériques; les tubes qui les constituent sont très fins et possèdent très vraisemblablement une gaine de Schwann, ils sont disposés parallèlement les uns aux autres, ou bien, au contraire, ils forment des tourbillons très caractéristiques (*fig.* 8 et 11). Ces petits nerfs possèdent un névrilemme riche en noyaux allongés. Ce qui permet d'affirmer

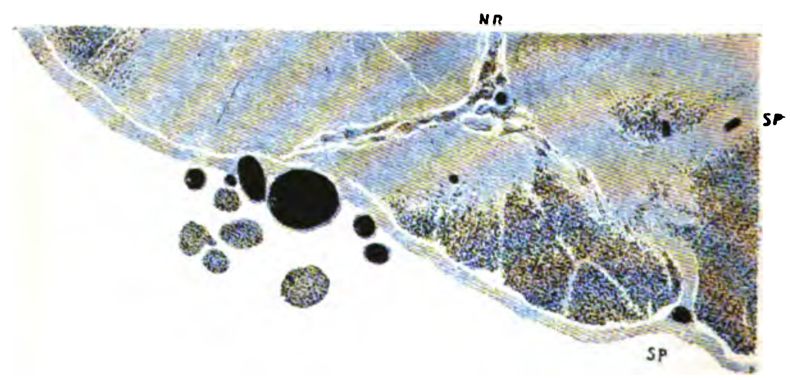


Fig. 11. — SP, sillon postérieur de la moelle; NR, névromes de régénération partant des racines postérieures dans la région dorsale et remontant obliquement pour traverser la tumeur.

(Obj. 0, Vérick, oc. 1. Coloration de Pal.)

que ce sont bien là des névromes de régénération c'est, outre leur structure spéciale, le fait qu'ils ne se rencontrent jamais ailleurs qu'au centre des espaces conjonctifs et que, par conséquent, ils ne répondent à aucune formation normale de la moelle; d'autre part, étant toujours séparés du tissu néoplasique proprement dit, ils ne peuvent pas être considérés comme les éléments nerveux d'un neurogliome. En pratiquant un grand nombre de coupes en séries j'ai pu en suivre plusieurs jusqu'à l'entrée des racines postérieures de la moelle (*fig.* 11), et j'ai tout lieu de croire qu'ils sont tous formés par la prolifération des racines centripètes, interrompues par la tumeur.

La pie-mère est le siège d'une inflammation assez active, particulièrement dans la région lombaire en arrière, où elle est infiltrée de nombreux noyaux arrondis.

Je dois ajouter que j'ai recherché sans succès les bacilles de la lèpres, sur les coupes après durcissement dans la liqueur de Müller; je me suis servi de la méthode indiquée récemment par M. Letulle pour les bacilles de la tuberculose.

III. *Lésions des éléments nerveux.* — Les éléments nerveux sont détruits soit par atteinte directe du néoplasme, soit par dégénérescence secondaire.

Les racines postérieures sont toutes complètement saines, en dehors de la moelle, mais elles sont interrompues dans leur trajet intra-médullaire à gauche depuis la première lombaire jusqu'à la dixième dorsale environ; plus haut elles sont encore fortement atrophiées et un certain nombre ont même sans doute subi une interruption plus ou moins complète, puisqu'elles donnent naissance en plusieurs points de la région dorsale à des névromes de régénération. Dans la partie supérieure du renflement cervical les zones radiculaires des deux côtés sont fortement compromises par l'infiltration néoplasique diffuse; néanmoins il subsiste encore quelques fibres, surtout à droite, qui gagnent la corne antérieure en s'étirant sur la périphérie du néoplasme, qu'elles contournent.

La colonne de Clarke gauche est complètement détruite, sur toute son étendue; à droite elle est détruite seulement par places.

Il est difficile de se rendre compte exactement des lésions des cornes antérieures, car si elles sont déformées par compression, elles conservent encore leurs cellules et leur réticulum nerveux intacts en apparence, sauf vers le milieu de la région dorsale où la corne gauche disparaît presque. Néanmoins, il est probable qu'un certain nombre de cellules profondes ont été détruites, surtout dans le renflement cervical.

Les racines antérieures ne présentent pas non plus de lésions bien visibles; elles se colorent encore très bien par la méthode de Pal.

La commissure antérieure n'est détruite que dans la région cervicale supérieure. Les faisceaux pyramidaux sont atteints par l'infiltration diffuse dans la région cervicale et particulièrement vers la deuxième cervicale (*fig.* 6); cette destruction de cause directe, à laquelle s'ajoutent les effets de la compression, amène une dégénération intense des faisceaux pyramidaux dans toute l'étendue de la moelle.

Les faisceaux pyramidaux directs sont parfaitement intacts.

Les faisceaux latéraux profonds sont naturellement lésés de la même façon, particulièrement à droite (*fig.* 6). Mais cette

lésion ne paraît pas donner lieu à une dégénérescence secondaire.

Les faisceaux postérieurs sont complètement détruits vers la limite supérieure de la tumeur. Il en résulte une dégénérescence ascendante très remarquable par sa disposition : elle envahit, en effet, la totalité des cordons grêle et cunéiforme.

Sur la *figure* 12 on voit que le cordon grêle a déjà presque disparu dans son noyau, d'où partent en avant les fibres du ruban de Reil remarquablement intactes ; la zone dégénérée se réduit donc ici a une très mince bande en arrière du noyau grêle. Un peu plus haut toute trace de dégénérescence de ce faisceau disparaît complètement.

Au contraire la sclérose du faisceau cunéiforme, qui est aussi



Fig. 12. — Coupe du bulbe au niveau de l'entre-croisement du ruban de Reil. Dégénérescence ascendante du faisceau grêle, du faisceau cunéiforme, dans sa totalité, et du faisceau latéral du bulbe (faisceau cérébelleux direct et faisceau de Gowers).

absolument totale, remonte beaucoup plus haut et ne disparaît complètement qu'un peu au-dessus du bec du calamus. Du noyau du faisceau cunéiforme partent également, en avant, des fibres arciformes qui se rendent au ruban de Reil et qui ne présentent aucune trace de dégénérescence. — Il faut ajouter qu'en arrière des cordons grêle et cunéiforme dégénérés on aperçoit une mince couche de fibres arciformes externes (*fig.* 12). On remarquera combien cette dégénération du faisceau cunéiforme, produite par une destruction très haut située dans la moelle, diffère de celle que

l'on observe dans le tabes et dans les cas de compression située à la partie moyenne ou inférieure du renflement cervical. (M. A. Gombault, *Société anat.*, 1891.) Dans ces cas, en effet, la dégénérescence, au lieu d'être totale, se limite à un croissant, à bords très nets, situé à égale distance de la périphérie et du noyau.

Enfin, ainsi qu'on peut le voir sur les figures précédentes, le faisceau cérébelleux direct est le siège d'une sclérose intense, à gauche surtout; ce fait n'a pas lieu de surprendre, puisque la colonne de Clarke est complètement détruite à gauche et fortement entamée à droite. Quant au faisceau de Gowers, il participe largement à cette sclérose, surtout dans sa portion postérieure. Au niveau du collet du bulbe, le faisceau cérébelleux direct et le faisceau de Gowers sclérosés se fusionnent et forment un petit triangle immédiatement en avant de la racine ascendante du trijumeau : c'est là le faisceau latéral du bulbe. En remontant dans le bulbe, on retrouve toujours la même tache scléreuse entre l'olive et le corps restiforme ;je ne suivrai pas cette dégénérescence plus haut pour le moment, ayant l'intention de l'étudier bientôt à nouveau dans un autre travail.

IV. *Lésions des nerfs et des muscles.* — Les gros troncs nerveux des membres supérieurs et inférieurs, examinés sur des coupes après durcissement dans le bichromate, présentent de petits îlots clairsemés de tubes en voie de dégénérescence, mais il n'existe aucune trace de névrite interstitielle. Les muscles de la ceinture scapulaire et le triceps fémoral contiennent quelques fibres en voie d'atrophie, avec prolifération des noyaux, ces fibres sont d'ailleurs assez rares et toutes les autres sont complètement saines. En somme, les lésions des nerfs et des muscles sont très peu importantes.

*
* *

— La longue histoire pathologique, dont je viens de rapporter les détails, contient des enseignements de divers ordres, sur lesquels je voudrais maintenant insister.

Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans qui, sans cause appréciable, présente du côté de ses membres inférieurs, puis du côté de ses membres supérieurs des troubles nerveux dont l'intensité rapidement croissante le réduit bientôt à l'impotence. Ces troubles nerveux comportent dès le début un élément douloureux qui ne fait qu'augmenter par la suite : du côté de l'appareil musculaire, il se développe une paralysie spasmodique, qui affecte, au membre supérieur, de préférence les muscles extenseurs; quelques muscles de la ceinture scapulaire subissent une atrophie évidente, mais qui ne devient jamais très

considérable. Il existe également quelques troubles des sphincters, mais toujours assez légers. Trois ans après le début, le malade est déjà depuis longtemps hors d'état de travailler ; *à cette époque*, j'attire l'attention sur ce fait, *il n'existe encore aucun trouble de la sensibibilité qui est absolument intacte dans tous ses modes.*

C'est seulement au mois de novembre 1889 qu'apparaît une zone d'*hyperesthésie* occupant tout le membre inférieur droit, sauf le pied. A cette époque la rigidité musculaire est extrême.

Deux ans après, en octobre 1891, les troubles caractéristiques de la sensibilité se montrent *à la partie interne de la jambe et de la cuisse gauches, où la douleur et la température ne sont perçues qu'avec une diminution et un retard évidents, le tact étant conservé.* C'est la dissociation syringomyélique, mais encore incomplète. De plus, il existe une zone d'*anesthésie totale* dans toute la moitié gauche de l'abdomen. Enfin on retrouve la *dissociation syringomyélique au cou*, dans toute la zone innervée par le plexus cervical superficiel. La marche de l'affection est relativement rapide ; elle se fait par poussées entrecoupées par des phases d'amélioration ; mais dans son ensemble elle est assez régulièrement progressive, chaque recrudescence marquant un pas en avant. La durée totale est de six ans seulement, ce qui est court pour une syringomyélie; il est vrai que l'intervention chirurgicale a abrégé l'évolution de symptômes, mais, vu la gravité des phénomènes spastiques au moment où elle a eu lieu, on peut supposer avec beaucoup de vraisemblance que le dénouement naturel n'était pas bien loin.

Ce fait montre, avec la dernière évidence, que les troubles sensitifs, et en particulier la dissociation dite syringomyélique, ne sont pas des symptômes nécessaires de la syringomyélie. Pendant plus de trois ans, en effet, et alors que les progrès de la maladie avaient déjà fait du patient un infirme, il n'y avait encore aucune trace d'anesthésie; et si, à ce moment, je me suis fondé sur l'absence de ce symptôme pour rejeter l'idée d'une syringomyélie, j'ai eu tort ; mais l'erreur, on en conviendra, était bien excusable, surtout en 1889, la forme spasmodique de la syringomyélie commençant à peine à être connue en France. A ce point de vue, mon observation se rapproche de celles de Schüle (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.* XX, 1877),

de Schultze (*Arch. f. path. Anat.*, LXXXVII, 1882), de Krauss (*Arch. f. path. Anat.*, C, 1885), de Strümpell (*Arch. f. Psych.*, X, 1880), de Bernhardt (*Arch. f. Psych.*, XXIV), et de Parmentier (thèse de Critzman, 1892), où il n'y a eu aucun trouble de la sensibilité pendant toute la durée de la maladie.

Plus tard, lorsque les troubles de la sensibilité ont apparu, nous notons encore une anomalie ou plutôt un symptôme qui ne rentre pas dans le tableau clinique, tel qu'on l'avait entrevu tout d'abord ; je veux parler de cette zone d'anesthésie absolue qui existait à la partie droite de l'abdomen. Dans cette région, le contact, le frôlement ne sont plus perçus. Il n'y a pas longtemps, l'absence de toute altération de tact était considérée comme une des caractéristiques les plus importantes de la syringomyélie ; c'était là une exagération dont les travaux modernes ont fait justice. Après Rumpf (*Neurol. Centralbl.*, 1889), Critzman, dans sa thèse récente, étudie très finement les altérations des différents éléments des sensations tactiles, et arrive à cette conclusion que dans la syringomyélie « l'appréciation du contact simple, de la pression tactile, des pressions tactiles successives et du relief, a dévié de la normale, soit en disparaissant, soit en perdant beaucoup de sa finesse. »

D'autre part on retrouve la dissociation dans beaucoup d'autres maladies, l'hystérie (Charcot), la névrite alcoolique, (Lancereaux), la névrite traumatique (J.-B. Charcot), la lèpre (Babinski, Leloir), l'hématomyélie (Minor), l'ataxie locomotrice (Parmentier), enfin je l'ai vue une fois de la façon la plus nette, mais passagèrement, chez un malade atteint de tumeur extra-médullaire. La valeur de ce symptôme n'est donc pas aussi grande qu'on l'avait cru tout d'abord.

Au point de vue physiologique, il n'est pas possible de se rendre un compte exact des lésions qui amènent les différents troubles sensitifs. D'abord la déformation extrême de la moelle, l'écartement, le refoulement, l'étirement des fibres nerveuses ne permettent pas toujours d'apprécier exactement l'étendue de la lésion destructive ; puis les notions que nous avons sur les voies centripètes de la moelle sont beaucoup trop insuffisantes : lorsqu'il s'agit de la physiologie de la sensibilité tous les faits semblent paradoxaux et contradictoires. Ainsi on ne comprend pas bien pourquoi le sens de la température a persisté dans la région thoracique à gauche, où la corne postérieure et les faisceaux blancs environnants subissent une lésion à peu près

analogue à celle que l'on observe à la région cervicale. Quant à l'anesthésie de l'abdomen, elle trouve une explication très satisfaisante dans la destruction complète des fibres radiculaires intramédullaires de racines postérieures gauches dans les régions dorsale inférieure et lombaire supérieure.

Il est encore une autre cause qui pourrait contribuer à obscurcir la question : c'est la tendance à la régénération nerveuse que présentent les racines postérieures dans le cas qui nous occupe. L'étude de la régénération de la moelle a vivement intéressé de nombreux observateurs depuis Brown-Séquard, qui s'en est le premier occupé dès 1849. L'illustre physiologiste avait constaté la restauration presque complète chez les pigeons après section de la moelle (sur plusieurs cas de cicatrisation de plaies faites à la moelle épinière, avec retour des fonctions perdues, *Gaz. méd.*, 1851). Müller, en 1864, a obtenu des résultats analogues sur des lézards et des tritons. Depuis, Masius et Van Lair, sur des grenouilles, ont vu, au microscope, des tubes nerveux régénérés.

Sur les mammifères, Eichhorst (1874) a montré que l'on obtient des résultats positifs lorsque les animaux sont très jeunes (lapins et cobayes de trois à quatre jours) et Masius est arrivé au même résultat sur quatre chiens. Il faut pourtant ajouter que Vulpian n'a jamais obtenu que des insuccès dans de nombreuses expériences faites sur des grenouilles, des pigeons, des cobayes, etc..., et que Schiefferdecker met en doute l'exactitude des expériences de ceux qui croient à la possibilité de la restauration de la moelle. Cependant les résultats d'Eichhorst, en particulier, ne paraissent pas devoir être suspectés, et Tooth conclut, dans son remarquable mémoire, que la moelle a d'autant plus de tendance à se régénérer que l'on descend plus bas dans l'échelle animale, ou que l'on s'adresse à des animaux plus jeunes.

A côté de tous ces résultats expérimentaux il faut mettre en parallèle ceux fournis par la clinique, qui sont plus encourageants. La célèbre observation de mal de Pott donnée par M. le professeur Charcot, les observations chirurgicales de Horsley, de Mac-Ewen, prouvent, en effet, que la moelle est susceptible de recouvrer toutes ses fonctions, abolies momentanément par une compression. Mais au point de vue anatomique nous sommes loin de savoir exactement de quelle façon se fait la restauration et dans quel état étaient les cylindres

d'axe au moment où l'amélioration est survenue; en effet, il existe au niveau des compressions, même très avancées, des cylindres d'axes dénudés, gonflés, altérés, incapables de servir de conducteurs, mais très susceptibles de se réparer lorsque la compression vient à cesser.

Quoi qu'il en soit, chez mon malade, les racines postérieures envoyaient en bien des points de véritables névromes de régénération qui remontaient assez haut dans la moelle; la description et les planches que j'en ai données plus haut suffiront pour prouver qu'il s'agit là réellement de tubes nerveux régénérés, qui affectent beaucoup plutôt la disposition qu'ils ont dans les nerfs périphériques que dans les cordons blancs de la moelle. Jusqu'à quel point ces nerfs régénérés sont-ils capables de rétablir les fonctions perdues? C'est là une question à laquelle je ne peux répondre d'une façon précise; il m'a semblé pourtant que la plupart d'entre eux se terminent par une extrémité arrondie et renflée et ne remontent pas très haut. D'ailleurs, on comprendrait difficilement comment ces fibres nerveuses, perdues dans le stroma conjonctif de la tumeur, pourraient retrouver leur chemin et aboutir précisément aux organes centraux auxquels étaient destinées les fibres des racines postérieures.

Pour terminer ce qui a trait à la physiologie des faisceaux ascendants, je ferai remarquer que rien dans le tableau clinique ne paraît répondre à la disparition complète de la colonne de Clarke gauche et à la destruction totale des cordons postérieurs à la partie supérieure de la moelle; il n'y a eu, en particulier, aucun symptôme d'ataxie. L'absence des troubles trophiques est également un fait remarquable; on tend en effet à admettre actuellement que ces symptômes sont sous la dépendance de lésions placées au voisinage des commissures de la moelle; or, chez mon malade, ces régions étaient fortement altérées, particulièrement à la partie supérieure du renflement cervical, et cependant les troubles trophiques faisaient complètement défaut.

Pour ce qui concerne les troubles moteurs, il est infiniment plus aisé d'établir la concordance entre les symptômes présentés pendant la vie et les lésions constatées après la mort.

Les lésions des cornes antérieures dans le renflement cervical vont en décroissant à mesure que l'on descend, et c'est ce qui permet de comprendre pourquoi les muscles de la main

étaient restés relativement intacts et pourquoi l'atrophie prédominait sur les muscles extenseurs à l'avant-bras. En effet si l'on se rapporte au tableau dressé par Thornburn (*A contribution to the surgery of the spinal cord.* Londres, 1889), on voit que les noyaux des muscles de la main sont les plus bas situés et que les filets qui en partent passent par la première racine dorsale ; immédiatement au-dessus d'eux viennent les fléchisseurs, qui sont innervés par la huitième racine cervicale. Enfin la scoliose à convexité gauche concorde fort bien avec l'altération très marquée de la corne antérieure gauche à la partie moyenne de la région dorsale.

La lésion considérable du faisceau pyramidal, attaqué directement à la région cervicale supérieure par l'infiltration néoplasique, explique la parésie et la contracture intense qui a dominé le tableau clinique à un moment donné. C'est cette contracture qui a fait errer le diagnostic, parce que j'ai cru devoir faire intervenir, pour l'expliquer, une compression médullaire. Il est pourtant un point qui aurait dû attirer mon attention, c'est l'absence de cette atrophie des muscles de la main qui se rencontre dans la pachyméningite cervicale avec ou sans cavité médullaire ; c'est qu'en effet le manchon fibreux descend toujours assez bas et englobe les régions inférieures du renflement cervical, au lieu de rester cantonné dans sa moitié supérieure ; d'ailleurs, chez les malades atteints de pachyméningite, la distribution de l'atrophie dans le membre supérieur est toute spéciale et très caractéristique, ainsi que l'ont bien montré MM. Charcot et Joffroy.

Quoi qu'il en soit, on voit qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer une compression extra-médullaire pour expliquer une contracture plus marquée qu'elle ne l'est d'habitude dans la syringomyélie, le gliome suffit, et la forme spastique de cette maladie peut simuler, jusqu'à un certain point, le tableau clinique de la pachyméningite cervicale hypertrophique.

J'ai fait remarquer la rapidité de l'évolution des symptômes chez mon malade et le contraste qui existe, à cet égard, avec la marche habituellement insidieuse de la syringomyélie ; la nature du processus morbide dans le cas actuel cadre très bien avec cette particularité. Je ne crois pas, pour ma part, que la syringomyélie soit due toujours à la même cause. En mettant à part l'hydromyélie, liée certainement à un vice d'évolution, la présence d'une cavité dans la moelle paraît pouvoir résulter

soit de la *fonte d'une tumeur*, soit d'un processus particulier relevant de l'*inflammation chronique* (myélite cavitaire de Joffroy et Achard), soit de *troubles circulatoires* amenant la désagrégation médullaire par une sorte d'œdème chronique (cas de Langhans, de Kronthal, de Schültze, expériences de Rosenbach et Schtscherbak), soit enfin d'*hémorrhagies anciennes*, comme Minor l'admet dans un mémoire récent, ou de *foyers de ramollissement* comme le montrent les expériences de Eichhorst ; ce dernier auteur obtenait, en effet, une cavité dans la cicatrice de la moelle de ses animaux toutes les fois qu'il avait pratiqué l'écrasement, tandis que la section complète n'amenait pas cette formation.

Dans le cas actuel nous avons affaire à une tumeur, et cette tumeur est complètement indépendante du canal central, la chose n'est pas douteuse ; mais de quelle espèce est-elle? Certains auteurs, considérant que ces néoplasmes se développent aux dépens de la névroglie, leur ont donné le nom de *gliome*, qui a soulevé de nombreuses protestations. On a fait observer avec juste raison que les gliomes vrais, tels qu'on les observe dans le cerveau, sont des néoplasies presque exclusivement cellulaires et diffuses, tandis que les tumeurs de la moelle sont très pauvres en cellules, très riches au contraire en fibrilles, et plus ou moins nettement circonscrites. D'autre part, on a montré qu'il existe des gliomes vrais de la moelle, caractérisés par la rapidité beaucoup plus grande de leur évolution, par leur diffusion et par leur structure cellulaire. K. Miura (*Uber Gliom des Rückenmarkes und Syringomyelie*, *Beitrage z. pathol. Anat.* XI, 1892) a rapporté douze observations semblables ; dans ces cas, dont la durée atteint rarement trois ans, il n'y a pas d'excavation ; pourtant dans l'observation de Hochhaus, il est dit que par places on pouvait constater le début d'une fissuration ; il existerait aussi des observations où l'on a trouvé du gliome dans un point et une cavité dans un autre, mais Miura pense que dans ces cas la légitimité du gliome est douteuse.

On a cherché à tourner la difficulté en donnant les noms de *gliose* et de *gliomatose* à ces productions lorsqu'elles sont diffuses ; mais ces dénominations ont l'inconvénient d'indiquer plutôt un processus inflammatoire. D'ailleurs même dans les cas où il s'agit nettement d'une tumeur circonscrite, on ne peut encore pas sous peine de confusion, lui donner le nom de gliome.

Il existe donc différents genres de tumeurs développées aux dépens de la névroglie; ce tissu, d'origine ectodermique, est composé de cellules et de fibres : tantôt les cellules prolifèrent, en prenant des caractères très variés d'ailleurs, et l'on a ce néoplasme diffus, à évolution rapide, auquel convient le nom de *gliome cellulaire*. Tantôt la néoformation porte surtout sur les fibres, et l'on a une tumeur plutôt circonscrite, assez pauvre en cellules, se développant lentement, avec une tendance marquée à la dégénérescence cavitaire, je donnerai à cette néoplasie le nom de *gliome fibrillaire*. Si l'on prend un terme de comparaison dans la série des tumeurs mésodermiques, on voit que le gliome cellulaire reproduit d'une façon frappante le sarcome, sauf qu'il ne se généralise pas, et que le gliome fibrillaire répond très exactement au fibrome. De même qu'entre le sarcome et le fibrome on observe toute une gamme de tumeurs intermédiaires, de même on peut trouver dans la moelle des tumeurs contenant un nombre très variable d'éléments cellulaires. Dans l'observation que je viens de rapporter, en bien des points, la tumeur tournait très sensiblement au gliome cellulaire ; à côté d'espaces formés presque exclusivement de fibrilles, on en trouvait facilement d'autres, surtout à la périphérie, dont l'aspect se rapprochait beaucoup de celui d'un gliome cérébral. C'est sans doute à cette circonstance qu'il faut attribuer la marche relativement rapide de l'affection. D'ailleurs la tumeur, ainsi qu'on a pu le voir, n'était ni complètement circonscrite, ni complètement diffuse; c'était une de ces formes intermédiaires qui sont très intéressantes à étudier parce qu'elles font bien apprécier la valeur des classifications.

Je ne reviendrai pas ici sur la nature du processus cavitaire, que j'ai décrit longuement dans l'examen histologique; l'étude de la membrane d'enveloppe des tractus conjonctivo-vasculaires et sa comparaison avec la membrane plissée qui borde la cavité d'un certain nombre de syringomyélies, montrent très clairement, je crois, l'origine conjonctive de ces cavités et les rapports intimes qu'elles affectent avec les vaisseaux; mais dans d'autres circonstances, et c'était le cas pour la cavité principale de la tumeur qui nous occupe, la désagrégation se fait en plein tissu névroglique et sa situation centrale permet de supposer qu'elle est sous la dépendance d'une irrigation sanguine insuffisante.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. Un cas d'alexie sous-corticale (de Wernicke); par O. Berkhan. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIII, 2.)

Un boulanger de cinquante ans est intoxiqué par l'oxyde de carbone. Puis, on constate qu'il ne peut trouver les substantifs; ceux-ci reviennent mais il y a souvent confusion, même quand on lui fait toucher les objets. Il ne peut lire que certains caractères imprimés et encore lui faut-il quelques secondes pour trouver la lettre. Souvent en écrivant (notamment en copiant) il passe des lettres, des syllabes, des mots et remplace même certaines lettres par d'autres qui ne conviennent pas. Bégaiement écrit et parlé. Faible rétrécissement du champ visuel (moitié supérieure), pas de troubles moteurs, sensitifs ou sensoriels. Intégrité de l'intelligence.

Autopsie. Un foyer de ramollissement, gros comme une noisette, occupe l'écorce et la substance blanche dans le domaine du pli courbe. Endartérite très nette du côté de la sylvienne gauche qui, en un point, est totalement oblitérée. Dégénérescence kystique des deux reins. P. K.

II. Un cas de pellagre avec syringomyélie; par le Dr Pellizzi. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. III-IV, 1892.)

Observation d'un malade atteint de folie pellagreuse et chez lequel on trouva à l'autopsie les lésions de la syringomyélie. Les seuls faits cliniques qui pendant la vie avaient pu faire songer un moment à ce diagnostic étaient la durée de la maladie, la cyphose, la paraplégie et l'analgésie de toute la portion inférieure du corps: pas de dissociation de la sensibilité. Aussi l'auteur s'était-il borné au diagnostic de folie pellagreuse grave avec paraplégie, déterminée par l'existence d'une myélite transverse chronique de la portion dorsale inférieure plutôt que par l'intoxication elle-même. L'auteur en conclut que la syringomyélie peut se montrer sous un aspect symptomatique différent de celui qu'on lui attribue d'ordinaire et se présenter avec les apparences d'une myélite transverse dorsale. Dans ce cas le diagnostic peut s'aider de symptômes d'ordre secondaire soit coexistant (comme la cyphose dans le cas actuel), soit même antérieurs (dans le cas actuel, lésion trophique

de la région postérieure du cou signalée dans les antécédents du malade). J. SÉGLAS.

III. CONTRIBUTION A LA CASUISTIQUE DE TUMEURS DU CORPS CALLEUX; par GIESE. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 3.)

Homme de cinquante-trois ans. D'abord attaque apoplectiforme, puis attaques épileptiformes, qui commencent par le bras et la jambe droite, avec douleur céphalique, vomissements, paraparésie des extrémités, somnolence. Pendant plusieurs mois, stase des vaisseaux rétiniens, puis papille étranglée. Accroissement de la parésie, hémicontracture droite, sopor, coma pendant plusieurs jours. Mort. Durée totale : huit à neuf mois. *Autopsie.* Gliosarcome ayant pris naissance sur l'extrémité postérieure du corps calleux et ayant proliféré dans la substance du lobe occipital droit. D'avant en arrière, la tumeur atteint la branche ascendante du sillon calloso-marginal, dépasse en haut de 2 centimètres le lobe occipital, comprime les tubercules quadrijumeaux et le cervelet.

P. K.

IV. CONTRIBUTION STATISTIQUE A LA QUESTION DE LA SYPHILIS ET DU TABES; par L. MINOR. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

	HOMMES	FEMMES
Russes. . . .	496	264
Juifs.	449	433

En tout seize cent quarante-deux nerveux.

Chez les Juifs on trouve 25 syphilitiques certains = 5,5 p. 100; chez les Juives, 5 syphilitiques certaines = 1 p. 100. Chez les Russes hommes, on constate 118 syphilitiques certains = 24 à 25 p. 100; chez les femmes russes, il y a 18 syphilis indéniables = 9 à 11 p. 100. Chez les 118 Russes syphilitiques, il y a 22 cas de tabes et 10 cas de paralysie générale, tandis que les femmes syphilitiques ont été trois fois atteintes de tabes, et trois fois de paralysie générale. Chez les syphilitiques juifs, il y a eu 4 tabétiques et 2 paralytiques généraux ; chez les syphilitiques juives, pas une seule paralysie générale et 1 cas de tabes. P. K.

V. UN CAS D'APHASIE DANS LA SYPHILIS CÉRÉBRALE; par K. HEILBRONNER (*All. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 1, 2.)

Il manque au malade en question beaucoup de verbes, ceux notamment qui se rattachent à la conception ou représentation sensorielle concrète, qui, par exemple, désignent les cris des animaux, l'action de certaines professions, l'effet de certaines forces. Il a conservé les verbes auxiliaires et s'en sert correctement. Il a à sa

disposition les substantifs tandis qu'une partie des verbes qui leur correspondent lui manque. Il tournera alors sa proposition par le passif ou joindra les uns aux autres des substantifs et des adjectifs, des prépositions et des substantifs. Il y a donc aphasie de la forme et non de l'essence de l'idéation. Il en a conscience, n'oublie pas le début d'une proposition quand il arrive à la fin, conjugue les verbes qu'il possède et ne trouve du reste pas plus l'infinitif que les autres temps des verbes qui lui manquent. Vouloir imaginer un centre de coordination syntaxale, ce serait multiplier à l'infini les localisations. Nous préférons dire que nous ignorons et le mécanisme et la localisation de cet accident extraordinaire.

P. Keraval.

VI. Recherches sur l'hypnotisme ; par O. Hebold. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 1, 2.)

Magnifique observation de cinquante et une pages relatives à une grande hystérique. Traitement symptomatique de chaque épisode désagréable, au fur et à mesure de sa genèse, pour l'hypnotisme ou pour parler dans le sens le plus large, par la suggestion. La malade devenant la chose du médecin traitant, celui-ci doit user d'un tact et d'une honnêteté sans limites.

L'auteur conclut. Quoique le traitement par l'hypnotisme ne puisse aboutir à une cure persistante et définitive, cette observation n'en montre pas moins que, dans une maladie aussi grave que la grande hystérie, il exerce une action favorable qui peut durer longtemps et n'a pas son pareil en fait de moyen thérapeutique.

P. K.

VII. Un cas de méningite chronique; par J.-W. Plaxton. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1890.)

Les commentaires dont l'auteur fait suivre l'observation détaillée de son malade, pendant le séjour de celui-ci à l'asile, en éclairent suffisamment les points principaux pour qu'il suffise ici de résumer ces communications. Il s'agit d'un homme d'environ quarante ans, interné pour la seconde fois et qui succomba dans la deuxième année de son second internement à une méningite chronique ; les lésions avaient deux sièges différents : la région frontale gauche et la région occipitale droite ; dans ces deux points, de dehors en dedans, depuis la paroi osseuse jusqu'à l'organe lui-même, tous les tissus étaient atteints. Toutes les recherches, macroscopiques ou microscopiques ont démontré qu'il s'agissait d'une inflammation chronique, d'une méningite vraie, en ce qui touche la région occipitale. Mais au niveau du lobe frontal, la cicatrice qui avait remplacé une portion assez importante de la substance cérébrale, ne

saurait être expliqué par le même processus; là le processus inflammatoire n'avait pas cheminé de dehors en dedans, là le point de départ n'était pas extérieur à l'organe. L'auteur, après mûre réflexion. a été amené à penser, — et la violence du malade peut être invoquée à l'appui de cette opinion, — que le point de départ a été une concussion cérébrale; ce qui semblerait encore confirmer cette manière de voir, c'est que les deux lésions (frontale et occipitale) occupent les deux extrémités d'un même axe cranien, bien qu'elles ne siègent pas du même côté; c'est aussi que le malade, lors de son entrée, portait une ecchymose à la région frontale gauche. Si cette opinion est exacte, le traumatisme en question pourrait être considéré comme ayant déterminé l'apparition du trouble mental, ou plutôt comme en ayant été la véritable cause. L'âge de la cicatrice vient d'ailleurs à l'appui de cette interprétation.

En résumé l'auteur estime que chez ce malade il y a eu, comme accident primordial, une concussion cérébrale, ayant eu pour résultat immédiat, une destruction localisée de substance nerveuse, suivie de méningite chronique : les troubles psychiques ont été consécutifs à ces lésions et sous leur dépendance. R. M.-C.

VIII. Un cas de névrite périphérique d'origine alcoolique (Service du Dr E.-W. Mac Dowal, observation recueillie par John Clarke Fenwick). (*The Journal of Mental Science*, avril 1890.)

Observation très intéressante : les phénomènes douloureux de la névrite avaient d'abord été pris pour des douleurs rhumatismales; le maniement des muscles provoquait des douleurs très vives; la plante du pied était extrêmement douloureuse; tous les phénomènes observés étaient symétriques; les réflexes superficiels étaient abolis; l'atrophie et la paralysie des muscles fléchisseurs du pied étaient très marquées, l'excitabilité faradique abolie. La malade avait un air fin et soupçonneux, elle avait perdu la mémoire et accusait nettement le besoin de stimulants propre aux alcooliques.

Privée d'alcool, elle voit peu à peu ses membres recouvrer leur pouvoir moteur, et ses muscles atrophiés reprendre en partie leur volume. Tout le traitement, en effet, a consisté à sevrer la malade d'alcool, à la nourrir d'une manière substantielle, à la soumettre aux règles d'une bonne hygiène. — Ce fait montre une fois de plus que, même dans les cas en apparence incurables de névrite toxique (ou du moins alcoolique), la guérison peut malgré tout être obtenue par la suppression simple, mais absolue de l'agent toxique.

R. M.-C.

IX. Contribution a la symptomatologie du tabes ; par O. Rosenbach. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F., III, 1892.)

On diagnostiquera de bonne heure le tabes (ce diagnostic précoce prévient bien des accidents), en recherchant :

1° L'exagération des réflexes du revêtement abdominal ;

2° L'impossibilité de se hausser et de se tenir sur la pointe des pieds (orteils), les yeux fermés. P. K.

X. Contribution a l'étude des troubles de la parole ; par A. Pick. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 3.)

1° *Pseudo-apraxie*, c'est-à-dire perte de l'intelligence de l'usage des choses ne tenant pas à une diminution générale des fonctions psychiques. Les mots et les gestes ne sont plus à leur place (observée chez une paralytique générale). — 2° *Localisation de l'apraxie* (*asymbolie*). *Observation :* Surdité verbale avec cécité psychique, paraphasie, hémianopsie bilatérale homonyme, attaques d'épilepsie corticale. A l'*autopsie*, altération de la substance blanche et de l'écorce des deux lobes temporaux (ramollissement presque fluctuant) ; cette altération s'étend très peu à l'insula, à la partie inférieure de la capsule externe, à l'avant-mur. Mais à gauche, en outre, elle atteint la moitié antérieure des circonvolutions occipito-temporales inférieures, de la troisième occipitale, et la moitié inférieure de la pariétale inférieure et du pli courbe jusqu'auprès de la paroi latérale du prolongement postérieur du ventricule latéral. — 3° *Localisation de la surdité verbale :* Homme de quarante-deux ans ; il y a dix ans, léger ictus (hémiplégie gauche et trouble de la parole) : récidive il y a quatre ans ; troisième attaque il y a trois mois. Démence, parésie des rameaux inférieurs du facial gauche et du bras gauche. Ne comprend pas du tout la parole, mais comprend l'écriture et les caractères d'imprimerie. Parle spontanément et écrit aussi, ne peut lire à haute voix, répéter ce qu'on lui dit, écrire sous la dictée, copier, ne saisit pas les mélodies ; degré moyen de surdité. Meurt de mal de Bright. — *Autopsie :* les parties supérieures des deux lobes temporaux sont affaissées, molles, jaunâtres. La première temporale, une assez grande partie de la deuxième temporale, l'insula entière, et de petites zones circonscrites de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante et de la frontale inférieure sont, à droite, transformées en une matière colloïde, jaune paille. Sérum jaunâtre dans le ventricule latéral droit. Ramollissement jaunâtre des circonvolutions altérées ; sur une coupe perpendiculaire et transversale, le ramollissement atteint la frontale ascendante, l'avant-mur, la capsule externe, l'article externe du noyau lenticulaire. Ramollissement à droite et à gauche de la moitié postérieure de la première sphénoïdale et du lobul

e

pariétal inférieur, mais, en cet endroit, la capsule externe et les gros ganglions sont intacts. — 4° *Association d'une dysacousie grossière à la surdité verbale :* homme de soixante-quatre ans, ayant eu, à plusieurs reprises, de petits ictus. Démence ; signes d'otite moyenne suppurée, n'expliquant pas le trouble de la perception auditive. Au lieu de parler, le patient lance un *pscht* ou un sifflement ; si on l'émotionne, il arrive à parler. Trouble très prononcé de l'intelligence des mots et de l'écriture; ne peut répéter, ni écrire sous la dictée. Lit sans comprendre, copie, écrit (paragraphie). Sorte d'aphasie sensorielle transcorticale. Pas d'*autopsie*.

P. Keraval.

XI. Contribution a l'examen objectif de la sensibilité dans la névrose traumatique ; par Goldscheider. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

En examinant méthodiquement le sens de la température par zones et en comparant les résultats de cet examen avec la carte des zones normales constantes dressées préalablement par l'auteur chez les sujets sains, on empêche la similation de l'hypesthésie thermique. P. K.

XII. Des paralysies du plexus brachial et du trouble de la sensibilité qui se montre dans la paralysie axillaire ; par E. Pagenstecher. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 3.)

Presque toutes les paralysies décrites sous le nom de paralysies du plexus brachial tiennent à une lésion non pas du lacis du plexus, mais bien des racines nerveuses. Exemple : la paralysie totale et inférieure (terminologie allemande). Voy. Klumpke et Sécrétan. Analyses des cas relevant du territoire supérieur du plexus (Klumpke, Hutchinson, Seeligmüller, Pajet). Trajet et schéma du nerf sus-scapulaire. Complication par résection des cinquième et sixième racines cervicales (Rose) ; la paralysie la plus étendue est celle des cas de Beevor et Remak, etc.

Il y a lieu en tout cas de désigner sous le nom de paralysies d'Erb, celles qui tiennent à la paralysie des cinquième et sixième racines (paralysies supérieures du plexus), dont celle de Erb n'est qu'un cas particulier.

Formes rudimentaires. Observation de Borntrœger; observation de l'auteur. Paralysie périphérique comprenant les nerfs axillaire, sus et sous-scapulaire.

Les troubles de la sensibilité, étendus dans les paralysies qui siègent sur la partie inférieure du plexus brachial, sont rares dans les affections des racines supérieures, notamment dans la paralysie d'Erb. Leur siège est : côté externe du bras dans le territoire

de l'axillaire et du musculo-cutané, et, par communication de quelques fibres du médian, anesthésie du pouce et de l'indicateur. Quelques cas de paresthésie (musculo-cutané et médian).

Quand on excite à l'aide de forts excitants quelconques de longue durée (électrisation), la peau qui recouvre le deltoïde paralysé, celle-ci devient blanche et tout autour se produit une coloration purpurine. Cette réaction est dite réaction de la tunique musculeuse des vaisseaux paralysés (Hitzig); ce phénomène tiendrait à l'exagération du pouvoir contractile des fibres musculaires tandis que leur action dilatatrice est diminuée. P. Keraval.

XIII. Deux cas singuliers de maladie de Friedreich; par Rossi. (*Il manicomio*, fasc. 2-3, 1892.)

Deux observations présentant comme particularités principales l'absence d'hérédité, la présence de troubles de la sensibilité, et de la glycosurie. L'auteur émet ensuite de longues considérations qui peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

La maladie de Friedreich constitue une véritable entité morbide par sa cause, par ses troubles particuliers du mouvement et de la sensibilité. Elle se développe en effet dans l'enfance, tout au plus dans l'adolescence, tandis que le tabes dorsalis est une maladie de l'âge adulte. L'ataxie de Friedreich se sépare de l'ataxie tabétique, qui peut se considérer comme purement sensitive ou spinale, en ce sens qu'elle est une ataxie mixte, synthétisant tous les mouvements anormaux qu'on rencontre dans l'ataxie cérébrale, cérébelleuse, bulbaire ou spinale. On ne peut encore affirmer si sa marche est ascendante plutôt que descendante; mais on peut admettre que les lésions commencent à la fois dans les différents points de l'axe cérébro-spinal par îlots se rejoignant dans la suite et formant un système continu, surtout dans les cordons postérieurs. Les lésions spinales seules sont insuffisantes pour expliquer tous les symptômes qui trouvent leur raison dans la diffusion des lésions à tout le système nerveux. Les troubles sensitifs, la céphalée, les vertiges s'expliqueraient par des lésions corticales; en tenant compte, bien entendu, des autres facteurs, altérations de la moelle, des nerfs périphériques, etc... Dans les cas précités, la glycosurie trouve son explication dans des lésions du plancher du quatrième ventricule dans les points indiqués par Cl. Bernard.

L'examen microscopique du système nerveux d'un malade faisant le sujet d'une de ses observations amène l'auteur à conclure que la lésion essentielle consiste en un processus inflammatoire à marche chronique qui, suivant toute probabilité, débute en même temps en plusieurs points du système nerveux central et périphérique, mais plus particulièrement dans l'encéphale et les cordons postérieurs, pour déterminer secondairement par l'hyperplasie de né-

vroglie, l'atrophie et la dégénération des éléments centraux et périphériques. J. Séglas.

XIV. Sur un cas de chorée d'huntington; par L. Greppin. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIV, 1.)

Homme de cinquante-six ans, tare névropathique très chargée, notamment, grand-père paternel, père et oncle paternel choréiques. Il est lui-même affecté depuis cinq ans de chorée caractéristique ayant successivement porté sur les muscles du cou et des épaules, des bras, des jambes, du visage, la langue, le larynx, le dos. Dans ces dernières années, mélancolie terminée par la démence. Impossibilité de se nourrir, mort.

Autopsie. — Calotte cranienne épaissie, asymétrique, pachy- et lepto-méningite, atrophie des circonvolutions, athéromasie des vaisseaux de la base. Le microscope révèle de nombreux foyers de cellules dans les espaces périvasculaires de tout l'encéphale, hyperplasie des noyaux des tuniques adventices, musculeuses et internes des vaisseaux. Ces mêmes foyers occupent les espaces péricellulaires; atrophie des grandes cellules de Betz. Dégénérescence des fibres nerveuses à myéline. Les paquets de cellules accumulées et souvent magmateux, dépourvues d'ailleurs de noyaux, forment des dessins uniformes ou arrondis comme arborescents. Il s'agit pour l'auteur, d'un retour à l'état embryonnaire des cellules du tissu conjonctif, qui, après cela, se sont mises à proliférer; il y a eu, par suite, irritation de la substance cérébrale à laquelle on peut rapporter la chorée et la mélancolie. L'iodure de potassium à hautes doses pourrait bien être administré en pareil cas. P. K.

XV. De la fièvre hystérique; par A. Sarbo. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIII, 2.)

Mémoire très bien ordonné avec observations personnelles. Dans la fièvre, y est-il dit, le système nerveux central joue un rôle (centres vaso-moteurs — centres thermiques). La fièvre sans substratum organique, produite par conséquent par le système nerveux seul, est due à des troubles dans la fonction des centres thermiques (fièvre nerveuse fonctionnelle). C'est probablement une fièvre de ce genre que l'on observe dans l'hystérie (névrose fonctionnelle par excellence).

1° *Fièvre hystérique apparente* (tachycardie — pas d'élévation thermique). C'est une pseudo-fièvre qui s'observe dans l'hystérie simple et dans l'hystéro-épilepsie. — 2° *Fièvre hystérique continue*, sans substratum organique, dont l'hyperthermie n'est pas due à un travail musculaire, aux convulsions, par exemple. Deux formes : *faible*, qui ne dépasse pas 38°,5; *élevée*, qui dépasse 38°,5. Dure

quelques jours à quelques mois. Pas de type. Peut apparaître soudain et disparaître avec la même brusquerie. Elle est remplie d'anomalies; inégalité thermique, hyperthermie matutinale avec hypothermie vespérale; la température n'est souvent pas en rapport avec la gravité des symptômes. Elle peut revêtir des caractères qui lui donnent l'aspect d'une fièvre typhoïde, tuberculeuse, péritonitique. Elle tient parfois à la cessation des règles. Quelquefois aussi elle accompagne un état de mal dont elle ne dépend nullement. Elle s'observe surtout chez les hystéro-épileptiques. — 3° *Accès de fièvre subits*, parfois sans cause appréciable, à intensité variable (hyperthermies élevées ou modérées), qui accompagnent fréquemment un ensemble de symptômes graves, du reste tout accidentels, indépendants. Même réflexion pour les accès convulsifs. Peuvent s'associer à la pseudo-fièvre, et à la fièvre hystérique continue, ces trois genres pouvant aussi se combiner. Les accès se montrent aussi bien dans l'hystérie simple que dans l'hystéro-épilepsie.

P. KERAVAL.

XVI. TUMEUR DU CENTRE OVALE AYANT CAUSÉ UNE PARALYSIE DU MOUVEMENT ET DU SENS MUSCULAIRE : OPÉRATION ; AUTOPSIE; par Landon CARTER-GRAY. (*Brain*, parts LIX et LX, p. 443.)

Homme ayant présenté plusieurs tumeurs de diverses régions du corps, trente-huit ans. — Affaiblissement général de la jambe et du bras droits. En même temps céphalées siégeant à gauche du ventre. Insomnie. Pas de troubles de la parole. L'iodure n'est pas supporté. Pas d'accidents convulsifs. Sensibilité tactile et à la douleur légèrement diminuée. A la température conservée. Sens musculaire presque totalement aboli.

Diagnostic : tumeur du centre ovale, basé sur l'absence des troubles mentaux et convulsifs.

Trépanation : Découverte du pied de la F^2 et F^3, des deux A. et du pied de la P^2. Décès. A l'autopsie : sarcome gros comme une noisette à 1/4 de pouce de profondeur sous la jonction des 2 tiers supérieurs de la PA. D'où l'auteur conclut qu'une lésion de la PA peut léser le sens musculaire à l'exception de toutes les autres fonctions [1].

P. S.

XVII. AUTRE CAS D'ANESTHÉSIE DUE A UNE LÉSION DE LA CIRCONVOLUTION DU CORPS CALLEUX ; par THOMAS GANILL. (*Brain*, parts LIX et LX, p. 448.)

Homme de quarante-sept ans, alcoolique. — Hémiplégie gauche

[1] Des résultats de ce genre devraient rendre ce chirurgien plus circonspect dans ses écrits. (V. le n° du 22 juillet du *Progrès médical*.) (B.)

ayant succédé à des séries d'attaques convulsives. Pupille gauche dilatée. Anesthésie presque complète du bras gauche. A l'autopsie : sarcome faisant saillie au tiers postérieur de la circonvolution du corps calleux. L'auteur croit probable que la partie postérieure de la circonvolution du corps calleux est le centre sensitif du bras.

P. S.

XVIII. Paramyotonie ataxique et maladie de Thomsen; par Gowers. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F. III, 1892.)

Association de la maladie de Thomsen avec une affection de la moelle. Exagération persistante du tonus, ataxie, affaiblissement des membres inférieurs avec anesthésie partielle. P. K.

XIX. Paramyoclonus multiplex héréditaire; par le Dr R. Gucci. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. III-IV, 1892.)

Observation généalogique d'une famille dans laquelle se sont transmis pendant trois générations deux états morbides, paramyoclonus et folie, ayant de plus revêtu certaines particularités semblables; le paramyoclonus a suivi chez tous les individus atteints la même marche, s'étendant de la même manière; et les désordres psychiques, chez trois membres de cette famille, ont présenté de grandes ressemblances sinon de degré, au moins de forme. L'auteur présente ensuite des considérations à l'appui du diagnostic paramyoclonus et à l'exclusion de celui de chorée de Hutington, tout en considérant ces deux affections comme très voisines au fond, bien que d'aspect clinique un peu différent, toute la différence se bornant peut-être à une extension ou à une intensité plus ou moins grande de l'état morbide. Son observation dans laquelle à côté des troubles moteurs caractéristiques du paramyoclonus se manifestent des désordres mentaux que l'on rencontre plus habituellement dans la chorée chronique progressive lui semble établir comme un trait d'union entre ces deux myoclonies. J. Séglas.

XX. Deux cas d'ataxie locomotrice avec maladie des jointures de Charcot; par Henry Davy et Arthur G. Blomfield. (*Bristol médico-Chirurgical Journal*, décembre 1892, n° 38.)

Dans la première observation qui appartient au Dr Davy, il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans, qui fait remonter l'origine de ses antécédents à trois ans, époque où il eut une attaque de gastro-entérite. Depuis cette époque il présenta des douleurs en ceinture qui n'ont fait qu'augmenter. Il présente des antécédents syphilitiques très nets. Le patient déclara à l'entrée qu'il venait pour se faire opérer d'un genou. Lorsque le patient est assis, le genou

dans son entier se trouve tendu et augmenté de volume avec augmentation du liquide articulaire. Lorsqu'il s'essaye à marcher, ce qu'il fait avec une béquille, il se produit une luxation du fémur et du tibia. La ligne du fémur n'est plus normale, et le condyle externe semble détruit en totalité ou en partie, permettant à la tête du tibia de prendre sa place comme dans un cas de genu valgum accentué. Pas de douleur; le genou droit est intact.

Le malade présente des symptômes de tabes tels que : ataxie et incordination; altérations de la parole et de l'intelligence; abolition des réflexes rotuliens; il y a degré d'anesthésie des membres inférieurs; crises de vessie sous forme intermittente de crises de rétention, ou plutôt d'incontinence. Les pupilles sont un peu rétractées, inégales, et réagissent mal à la lumière ou à l'accommodation.

La seconde observation appartient au Dr Blomfield. Son malade, âgé de quarante-huit ans, avait passé vingt et un ans dans l'armée. Il y a vingt-six ans il reçut un coup de lance dans la poitrine. Il eût, il y a quatre ans, une paralysie faciale due au froid. Pas de renseignements précis au sujet de la syphilis.

C'est il y a seulement huit mois qu'il ressentit les premières atteintes de son mal. Il avait de la difficulté à marcher et une faiblesse dans la jambe gauche, quatre mois avant son entrée il tomba en essayant de monter sur un omnibus, et depuis cette époque, il remarqua que son genou droit devenait malade et gonflait. Il fut traité par la suspension et ses douleurs fulgurantes disparurent à la suite. A l'admission on constata une augmentation très notable du genou droit, et une légère augmentation du genou gauche. L'enflure n'était pas douloureuse et paraissait la même que dans l'observation précédente. La luxation différait.

Il paraissait y avoir plutôt du ramollissement que de la destruction. Le tibia était déplacé en arrière comme dans un cas d'hyperextension.

Les auteurs font suivre leurs observations des réflexions résumées que nous donnons ici. Il est bien connu que les cas de cette espèce sont souvent confondues avec des affections articulaires nécessitant l'amputation ou la résection. C'est surtout le cas de ceux qui s'accompagnent de symptômes nerveux légers. Comme M. Charcot l'a dit, l'arthropathie est un symptôme précoce de l'ataxie locomotrice. Il insiste sur l'absence de douleur et d'inflammation qui constitue un caractère important de ces arthropathies tabétiques.

Deux cas semblables ont été rapportés par le Dr James Murphy dans le *Brit. med. Journ.* de 1886, vol. II, p. 168. Or, ceux qui voudraient mettre ces arthropathies sur le compte de la syphilis, les auteurs font remarquer que si, dans le premier cas, la spécificité est certaine, elle est absolument douteuse dans le second.

Virchow prétend que l'affection articulaire que l'on rencontre par hasard chez un sujet tabétique, est une arthropathie particu-

lière, différente de toutes les autres maladies des jointures. Il croit que toutes les causes mécaniques ou thermiques suffisent pour expliquer l'affection. Dans son opinion, une large proportion des cas prétendus tabétiques, sont d'origine syphilitiques, et il n'est pas douteux que le rhumatisme déformant est l'affection à laquelle on doit le plus souvent croire. Dans la description des affections syphilitiques des jointures donnée par Berkeley Hill et Arthur Copwer dans leur ouvrage sur la syphilis, il n'est point fait mention des luxations non douloureuses et étendues si caractéristiques de l'affection dans le tabes, même à la période tertiaire, et l'articulation est décrite comme fixée, contracturée ou très limitée dans ses mouvements. Il y a souvent élévation de la température comme l'a indiqué le Dr Duffeu. (*Clin. Transact.*, 1868, p. 81.) J. D.

XXI. De l'aphasie dans la paralysie générale; par B. Ascher. (*All. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 1, 2.)

Observation caractérisée par : 1° survivance et longue durée de l'aphasie dans la paralysie générale, sans accidents paralytiques du côté des extrémités, sans hémianopsie, sans attaques apoplectiformes préalables; — 2° mode de l'aphasie correspondant, d'après le schéma de Wernicke, à une lésion des voies sensorielles transcorticales et motrices, ou d'après Mœlé, à une lésion des centres des images d'articulation verbale. On pourrait aussi penser à une lésion des faisceaux qui joignent les centres des images d'articulation verbale avec le centre de la notion, de l'idée; — 3° lésion consistant en une inflammation interstitielle chronique très avancée mais peu étendue; — 4° dégénérescence secondaire du corps genouillé interne. P. Keraval.

XXII. Remarques sur les formes de la chorée chronique. — Observations de deux familles de la forme héréditaire avec une autopsie; par William Osler, O.-D. (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, février 1893.)

L'auteur divise en quatre les formes de la chorée chronique : 1° chorée chronique des enfants apparaissant à la naissance ou dans les deux ou trois premières années, 2° chorée chronique sans hérédité manifeste pouvant apparaître à n'importe quelle période de la vie ; 3° la chorée d'Huntington caractérisée par l'hérédité, l'apparition tardive, les troubles psychiques et la marche progressive et fatale; 4° les cas de chorée minor à aspect chronique pouvant persister pendant des mois, voire même des années, mais se terminant toujours par la guérison. L'auteur publie ensuite deux observations de chorée d'Huntington remarquables par l'hérédité dans les deux cas; une de ces observations

contient le résultat de l'autopsie ou il n'y a guère à signaler que l'athérome. L'auteur entre ensuite dans quelques considérations sur la différence des symptômes dans la chorée chronique progressive et les autres chorées, différences qui en font nettement une maladie distincte. J. B. C.

XXIII. La peptonurie chez les paralytiques ; par le Dr Fronda. (*Il manicomio*, fasc. I, 1892.)

Il résulte des recherches expérimentales faites par l'auteur que la peptomurie se rencontre chez tous les paralytiques généraux, mais pas toujours constamment. L'absence de peptomurie ne doit donc pas faire exclure le diagnostic de folie paralytique, à moins d'examens répétés de l'urine. J. Séglas.

XXIV. Contribution a la connaissance de la maladie de Thomsen (myotonie congénitale) ; par A. Frûs. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Trois observations. L'observation III est particulièrement intéressante, car la maladie est observée immédiatement après la naissance. — Si les symptômes n'ont pas le développement voulu, il n'en est pas moins certain que le diagnostic est indéniable à raison : de l'hypertrophie musculaire, surtout aux extrémités inférieures — et du trouble myotonique du mouvement, notamment dans les muscles des yeux. P. K.

XXV. Manière d'être de la résistance du corps a l'égard de l'électricité galvanique dans la sclérodermie (sclérème des adultes) ; par A. Eulenburg. — Idem, dans l'éléphantiasis ; par W. Pascheles. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

Il s'agit dans l'observation d'Eulenburg d'une dame de trente-trois ans, on étudie la résistance en question comparativement sur les endroits sclérêmateux et les endroits sains, et sur une personne saine. Dans les régions sclérêmateuses (paume et dos des mains, face antérieure et dorsale des deux tiers antérieurs de l'avant-bras), les minima relatifs de résistance fournissent des nombres radicalement plus élevés que dans les mêmes régions de la personne saine. Dans les endroits moins atteints, et dans ceux qui ont jusqu'alors été épargnés, les différences sont bien plus faibles, très peu notables ; par places, la peau encore intacte présente une résistance un peu moindre. Chez les deux malades de Pascheles l'augmentation de la résistance comparée à celle d'une personne saine ne présentait suivant cet auteur rien de pathologique.

P. K.

XXVI. Du symptôme de de Graæfe dans la maladie de Basedow; par L. Bruns. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

La paupière supérieure ne suit pas l'abaissement du plan du regard, mais elle suit le mouvement du globe de l'œil quand il s'élève. En somme la paupière supérieure ne suit pas l'abaissement du globe de l'œil. Ce n'est donc pas, comme le disent les auteurs, un défaut de coordination entre les mouvements du globe oculaire et ceux de la paupière supérieure puisque la paupière s'élève quand le globe s'élève. Deux observations à l'appui. Mœbius, a raison quand il attribue ce symptôme à l'effort que fait le malade pour ouvrir l'œil. P. K.

XXVII. Chorée congénitale; incapacité de coordonner les fonctions des membres ou de la parole; absence d'intelligence. — Craniectomie linéaire; par Wymann. (*The Med. Times and Register*, 1er octobre 1892, p. 391.)

Il s'agit d'un enfant, âgé de quatre ans, qui n'avait jamais pu marcher, avait des mouvements choréiques constants et était gâteux. Pas d'épilepsie. Incapable d'apprendre. Mouvements continuels des yeux. Il ne prenait de nourriture que si on lui en donnait, et était incapable de manger seul. On requit l'assistance constante d'une infirmière. L'affection datait de la naissance. Le médecin, qui avait soigné l'enfant, attribuait cette défectuosité à la compression du cerveau par le forceps à la naissance. Les mensurations de la tête démontraient un manque de développement et un défaut de symétrie dans la forme générale de la tête. On conseilla la *craniectomie linéaire* comme le seul moyen qui pût procurer un soulagement. On fit une incision partant de l'éminence frontale gauche à la protubérance occipitale. On sépara le cuir chevelu, on souleva le périoste, et une bande d'os d'un demi-pouce de longueur fut enlevée du crâne, partant de la bosse frontale jusqu'à un pouce de la protubérance occipitale. On ramena le périoste sur cette ouverture, on replaça le cuir chevelu, et on sutura. Pansement antiseptique. La guérison de la plaie se fit bien et les amis pensent aujourd'hui qu'il y a amélioration de la chorée. Depuis l'opération, qui fut faite il y a trois semaines, il s'est produit une amélioration marquée dans l'état général du malade. Il est naturellement trop tôt pour se prononcer au sujet des améliorations qui pourront se produire à l'égard des fonctions du cerveau, mais, il est une chose certaine c'est que l'ouverture qui avait au début de l'opération un demi-pouce de largeur, a atteint trois quarts de pouce et que ceci est la largeur apparente de la fissure qui existe aujourd'hui sur le crâne au-dessous du cuir chevelu réuni. A travers cette fissure il est facile de percevoir les pulsations du cerveau.

XXVIII. Un cas d'anurie hystérique; par Holst. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F. III, 1892.)

Durée : 17 jours. Etude absente au point de vue de l'état de la physiologie de la nutrition. P. K.

XXIX. Des diverses formes d'agraphie et en particulier de l'agraphie d'origine sensorielle; par le Dr Paul Sérieux. (*Bulletin de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1892.)

A l'autopsie de deux femmes atteintes d'agraphie accompagnée de cécité verbale, M. Sérieux a constaté qu'il n'existait pas d'altération au niveau des circonvolutions motrices et en particulier au niveau de la deuxième frontale; en revanche un foyer de ramollissement très étendu sur l'un des cerveaux, plus limité sur l'autre, avait tiré le lobule pariétal inférieur de l'hémisphère gauche (centre visuel cortical).

Ces deux observations paraissent démontrer la localisation du centre de la mémoire visuelle des mots au niveau du lobule pariétal inférieur gauche et en particulier au pli courbe (Magnan) et d'autre part la possibilité de troubles très accusés de l'écriture consécutivement à la destruction des images visuelles graphiques et sans altération des régions psycho-motrices.

Il s'agit donc, dans ces cas, d'une *agraphie d'origine sensorielle*, caractérisée au point de vue clinique par la perte de tous les modes de l'écriture et par la coexistence de cécité verbale, au point de vue anatomique par l'absence de lésion intéressant les circonvolutions motrices, le centre visuel verbal étant seul détruit. La possibilité de la perte de l'écriture, en dehors de toute lésion des frontales, se comprend facilement si l'on admet, avec Wernicke et Dejerine, que l'acte d'écrire est subordonné à la vision mentale et consiste avant tout dans l'acte de copier les images optiques des lettres et des mots. Que celles-ci disparaissent par destruction du pli courbe et l'agraphie se produit. G. D.

XXX. Hémiplégie cérébrale spasmodique avec imbécillité; par Limoncelli et Ventra. (*Il manicomio*, fasc. 2-3, 1892.)

Rapport médico-légal pour interdiction.

XXXI. Contribution a la question de la surdité verbale; par Scarano. (*Il manicomio*, fasc. 2-3, 1892.)

XXXII. Des troubles fonctionnels dans le domaine du facial et de l'hypoglosse, en particulier dans les hémiplégies fonctionnelles; par W. Kœnig. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

Huit observations. — *Conclusions* : 1° Rare est la parésie du facial

ou du facial avec l'hypoglosse, pure, sans cause, exclusivement fonctionnelle, sans spasmes, notamment d'origine hystérique. — 2° Un peu plus fréquente paraît-elle être quand elle accompagne certains états spasmodiques des divers muscles siégeant du côté opposé à celui qu'elle occupe. Ces phénomènes convulsifs doivent d'ailleurs faire suspecter l'autonomie de la parésie, car la parésie véritable s'accompagne de parésie des muscles du côté correspondant. — 3° L'opinion de Charcot d'après laquelle la parésie faciale hystérique est peu intense et s'accompagne de troubles de la sensibilité, est confirmée par nos observations. Peut-être faut-il y joindre ce troisième caractère qu'à l'état de repos la parésie est extrêmement accentuée. — 4° Dans l'hémispasme glosso-labial, le syndrome de Brissaud et Marie n'est pas invinciblement, fatalement, aussi net que le veulent ces auteurs. Ainsi il peut arriver que la langue ne dévie pas du côté du spasme. Le diagnostic du spasme lingual trouve dans l'impossibilité pour le mode de ramener la langue déviée sur la ligne médiane un élément plus important que dans les déviations de la pointe de la langue en pleine cavité buccale, que dans les mouvements spontanés de la langue, que dans la direction de la déviation lorsque le malade tire la langue hors de la bouche. — 5° Les spasmes qui se manifestent, notamment à l'occasion des mouvements voulus, dans les muscles du cou et de l'épaule du côté non paralysé, constituent un symptôme remarquable; il fera *peut-être* pencher la balance en faveur de l'idée d'une affection fonctionnelle quand le diagnostic hésite entre une hémiplégie organique et une hémiplégie sans lésions.

P. KERAVAL.

XXXIII. UN CAS D'HÉTÉROTOPIE DE LA MOELLE CHEZ UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL; par B. FEIST. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

Mémoire très détaillé avec dessins. L'analyse ne peut suppléer à la lecture et à l'examen des planches. P. K.

XXXIV. UN CAS DE PARALYSIE FACIALE CONGÉNITALE; par F. SCHULTZE. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

Paralysie périphérique du facial gauche avec disparition de l'excitabilité électrique, mais le nystagmus léger, pas plus que la toute petite déviation de la langue, concomitants ne sauraient être rattachés à des lésions périphériques. Il y a lieu d'admettre une lésion des fibres pupillaires de l'oculo-moteur commun gauche. Le siège et la cause de la lésion restent obscurs. Il y a lieu de penser à un arrêt de développement du noyau du facial du côté gauche, peut-être ne s'agit-il aussi que d'un trouble dans le développement d'un noyau isolé de ce nerf le centre en étant demeuré intact. P. K.

XXXV. CONTRIBUTION A LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA MALADIE DE BASSEDOW ; par E.-A. HOMEN. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

Observation. — Une femme appartenant à une famille de cardiaques et de névropathes présente les signes de la maladie de Basedow les plus caractéristiques avec, de temps à autre, des troubles nerveux : parésie ou paraparésies non hystériques, paresthésies, lourdeur et engourdissement dans les jambes, détente subite des genoux et danger de précipitation, accidents physiques du rhumatisme articulaire aussi brusques et aussi aigus qu'intermittents et passagers. Autres symptômes : fièvre, tremblement palpébral menu, rythmique, parfois interrompu par de fortes convulsions ou une pause courte, instantanée, à la fermeture des paupières. Ce tremblement palpébral n'a fait défaut que chez deux malade sur 13 observations de l'auteur. P. K.

XXXVI. L'ATTAQUE HYSTÉRIQUE D'APHASIE ET LA SIMULATION ; par P. LADAME. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F., III, 1892.)

Molière a bien vu un cas authentique de mutisme hystérique lorsqu'il décrivait si parfaitement la maladie de Lucinde. Observation à l'appui. P. K.

XXXVII. PARALYSIE SPINALE SYPHILITIQUE (*type-Erb*) ; par MUCHIN et P. KOWALEWSKY. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F., III, 1892.)

Huit observations courtes. Traitement antisyphilitique sous diverses formes. Bonne alimentation ; vie régulière ; galvanisation vertébrale (séance de 3 à 5 minutes par jour à l'aide de 2 à 3 milliampères). Suspension de Motschutkowsky. P. K.

XXXVIII. CONTRIBUTION A L'AKINESIA ALGERA ; par W. KŒNIG. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F., III, 1892.)

C'est l'akinésie douloureuse de Mœbius (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, I), caractérisée par impotence et douleurs sans cause saisissable. Elle survient chez des personnes appartenant à une famille névropathe ou déséquilibrée, à la suite de surexcitations ; la faiblesse nerveuse ouvre la scène, puis les mouvements déterminent des tensions douloureuses, finalement la plupart d'entre eux sont douloureux. Tantôt, la douleur accompagne le mouvement, tantôt elle le suit et se montre non pas seulement dans la partie en mouvement, mais en d'autres parties du corps. Si bien que les malades, dans leur impotence absolue, ressemblent à des paralytiques.

Cet état peut subsister très longtemps. En même temps, on constate les signes de la neurasthénie : insomnie — mélancolie — incapacité de travail intellectuel — obtusion et sensation de pression céphalique — sensations pénibles dans le dos. Pas d'hystérie. L'issue n'en est pas connue ; il est à supposer que la guérison est impossible, mais il existe une observation dans laquelle il y avait maladie mentale concomitante. Ressemblance avec l'atrémie de Neftel qui, pour ce dernier auteur, est de la folie hypochondriaque [1]. L'akinésie serait à peu près à l'akinésie douloureuse, ce que l'astasie — atasie est à la paraplégie hystérique.

Observation. — Femme de quarante-huit ans atteinte de folie systématique chronique, pas d'hérédité ; hypochondrie organisée en délire. Tout à coup, sans hyperthermie, sans accélération du pouls, douleurs intenses localisées aux muscles, augmentant à l'occasion des mouvements, et, de temps à autre, à tel point que la malade ne peut plus se mouvoir. Troubles intermittents de la sensibilité cutanée, du goût, de l'odorat, de la vue, de la parole ; phénomènes convulsifs pouvant aussi être produits par des excitants mécaniques. Peu de sommeil. Appétit passable. Pas de troubles dans les organes internes. Pas de modifications de l'excitabilité électrique ; pas de fièvre, pas d'œdème, pas de diminution de poids. Thérapeutique impuissante. Et cependant il se produit une amélioration graduelle qui ne va point toutefois jusqu'à la guérison. Intégrité des muscles, surtout si l'on considère l'état satisfaisant de la nutrition chez une personne immobile depuis plus d'un an.

P. Keraval.

XXXIX. Attaques de léthargie et suggestion hypnotique ; par Hitzig. (*Brain*, I-II, 1893, p. 203.)

Il s'agit d'un campagnard de vingt ans qui, à la suite d'un traumatisme du bras, présenta au bout d'une douzaine de jours un état d'excitation, avec douleur de tête intense, élévation de température à 39° et enfin une période de sommeil. A la suite du sommeil une forte céphalée persiste, il y a une faiblesse générale, puis les forces reviennent vite, le poids du corps qui avait diminué augmente, grâce à un fort appétit. Cette attaque de sommeil avec les mêmes caractères revient tous les sept à treize jours et durait chaque fois de trente-quatre à quarante heures.

Par la suggestion hypnotique l'auteur parvint à supprimer les attaques de sommeil, mais non les prodromes. — Aussi conclut-il

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, Revues analytiques.

très justement que par l'hypnotisme on peut supprimer certains symptômes hystériques mais qu'on ne guérit pas l'hystérie elle-même. Il se rattache complètement à la doctrine de M. Charcot et considère ces attaques de sommeil comme faisant partie de l'attaque de grande hystérie. Il a constaté d'autre part les modifications de l'urine décrites par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau.

P. S.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. Craniectomie linéaire ; leçon clinique faite à l'hôpital du comté d'Arapahoe, les 9 et 15 octobre 1891, par le Dr Clyton Parkyll. (*Medical News*, 27 février 1892, p. 236.)

Le garçon sur lequel on doit opérer aujourd'hui présente l'histoire suivante, tirée du livre du Dr Eskridge aux soins duquel il a été confié depuis quatre semaines.

L. A..., âgé de quatre ans en février dernier, commença à avoir des spasmes quand il n'avait que deux jours, et qui lui durèrent quatre jours. Ensuite il eut la coqueluche pendant quatre mois. Il y a un an il commença à tomber. Après les attaque spasmodiques il resta une semaine sans se lever. Ces attaques se produisaient à une ou deux semaines d'intervalle. Il y a six mois elles devinrent plus graves et leur nombre augmenta, se produisant même deux et trois fois par jour il aurait tombé sur le côté droit de la face, et sa mère pense que la jambe gauche était affectée. Le Dr Chase procéda à l'examen des yeux.

Comme vous le voyez, l'enfant est bien venu et bien portant. La seule chose anormale que nous constatons est que la tête n'est pas développée en proportion du corps. En d'autres termes, cet enfant présente un état connu sous le nom de microcéphalie. Il existe deux théories concernant les débuts de cette condition — l'un, qu'il y a *ossification prématurée des os du crâne* empêchant de la sorte le développement propre du cerveau; l'autre, qu'il y a développement imparfait du système nerveux central et que les os crâniens partagent cette condition, quelle que soit la cause qui y donne lieu.

Lannelongue a fait la première opération pour la micocréphalie. Le procédé consistait à enlever une bande étroite d'os du côté du crâne, faisant des os os craniens deux ailes latérales qui pourraient se développer par l'extension même du cerveau.

Il appela cette opération *craniectomie*. Keen l'a suivie et a proposé le nom de craniotomie linéaire, terme que je considère comme le meilleur pour cette opération. Lorsque la terminaison « *ectomie* » est jointe à une opération, elle signifie qu'il y a ablation complète de l'organe dont il est parlé. Dans cette opération nous n'essayons pas d'enlever le crâne, mais seulement de faire une incision dans ce crâne et d'en enlever une portion petite de sorte que je crois que le terme *craniotomie linéaire* est de beaucoup le meilleur ici, puisqu'il signifie : *incision latérale sur le crâne*.

L'opération faite à l'origine a subi des modifications dans deux cas par Wyeth et MacClintock. Ils enlevèrent une languette d'os d'un côté ou de l'autre de la ligne médiane, prolongèrent l'incision latéralement à chaque extrémité de cette incision longitudinale; et, de plus, firent des incisions latérales de la ligne moyenne vers les oreilles. Ils séparent ensuite les os avec force, laissant ainsi une ouverture béante. Par rapport à la mortalité qui a suivi l'opération ainsi poussée loin, je ne crois pas qu'il y ait justification à faire une opération aussi étendue.

Horsley croit que, à cause du développement imparfait du système nerveux, les enfants sont beaucoup plus sujets aux chocs qu'ils ne le seraient normalement, et il opine, avec raison, pour une opération simple telle qu'elle est proposée par Lannelongue, et qui est le procédé que nous adopterons. Je pourrais ajouter que pendant le temps que cet enfant est resté à l'hôpital, on a tout essayé pour développer son intelligence par l'éducation et qu'il a été impossible d'ajouter à son vocabulaire le plus simple mot, le nom des objets les plus simples qu'on lui a montrés. Eussions-nous trouvé possible de lui enseigner quelque chose qu'il eût été plus sage d'essayer cette méthode plutôt que de recourir à des mesures aussi radicales que celles que nous avons formulées.

L'enfant a été préparé avec soin pour l'opération. On a rasé son cuir chevelu hier, on l'a frotté et lavé avec du savon et de l'eau, ensuite avec de l'éther, et finalement avec une solution de bichlorure de mercure au 1/2.000. La tête a été enveloppée dans une serviette saturée de cette solution, et, comme vous pouvez le voir, est encore en place. Nous allons l'enlever et mesurer le crâne. L'éther a été employé comme anesthésique et l'enfant est actuellement complètement sous son influence. De l'inion à la glabelle il y a 10 pouces 3/4. Le diamètre bipariétal mesure 6 pouces. La circonférence du crâne est de 18 pouces 3/4. Nous allons répéter l'opération du lavage déjà pratiquée hier. Nous allons entourer la tête d'une serviette imbibée de solution chaude de bichlorure, et sous la tête nous placerons un vase de caoutchouc rempli d'eau chaude.

M. Horsley estime qu'il est possible, de cette manière, de diminuer la commotion. Un quart d'heure auparavant, on lui a admi-

nistré cinq gouttes de teinture de noix vomiques et un petit verre de whiskey pour donner plus de force au système nerveux.

Je fais une incision d'environ trois quarts de pouce à droite de la ligne médiane, commençant au bord antérieur de la chevelure et s'étendant en arrière à un pouce environ de l'inion; nous n'avons comparativement qu'une faible hémorrhagie du crâne, comme vous allez le voir, parce que j'ai pris la précaution de comprimer au préalable l'artère temporale. Nous pinçons les artères qui sont sectionnées, et, vous le voyez, il n'a été perdu qu'un peu sang. Le périoste est maintenant à découvert, je vais y faire une simple incision. J'enlève le périoste comme je l'ai fait pour le cuir chevelu et nous pouvons voir maintenant les os crâniens. J'applique un trépan de trois quarts de pouce entre l'éminence pariétale et la suture sagittale. J'enlève le bouton d'os, et, vous le voyez, je n'ai pas lésé la dure-mère qui gît en dessous. Cet os a cela de particulier qu'*il est plus mince que normalement*, ne mesurant pas plus d'un huitième de pouce d'épaisseur, et il ne présente pas de structure diploïque. Avec la pince de Keen, j'élargis l'ouverture faite par le trépan en avant, en la faisant terminer en pointe à un quart de pouce de son extrémité antérieure, qui correspond avec l'incision faite sur le cuir chevelu. Je prolonge l'ouverture en arrière de la même manière, à environ un pouce et demi de l'inion. Vous remarquerez que l'incision est de forme elliptique, mesurant trois quarts de pouce à sa partie la plus large et terminée en pointe à chaque extrémité, et ayant environ six pouces et demi de longueur.

La dure-mère est bombée au fond de la plaie et est plutôt de couleur sombre; avec une paire de ciseaux j'enlève alors une portion du périoste correspondant à l'entaille de l'os. Je laverai la plaie avec une solution sublimée de 1 p. 3,000 pour enlever les fragments d'os qui y sont restés. Je sèche ensuite légèrement avec de la gaze, je saupoudre avec de la poudre d'iodoforme et je vais fermer la plaie, opération que nous ferons au moyen de sutures faites par intervalles avec de la soie. Je fais ces sutures à un demi pouce antérieurement, trois quarts de pouce postérieurement. Vous remarquerez que je n'ai pas préparé de drains, mais si la nécessité s'en faisait sentir, on drainerait la plaie entre les sutures postérieurement. Nous saupoudrerons de nouveau le cuir chevelu d'iodoforme et nous appliquerons un pansement antiseptique.

L'enfant a bien supporté l'anesthésique et paraît en bonnes conditions, on va maintenant le faire coucher. Depuis le commencement de l'administration de l'anesthésique, il s'est écoulé trente minutes...

J'ai l'avantage de vous présenter aujourd'hui l'enfant sur lequel nous avons opéré il y a une semaine et nous allons le panser pour la première fois. Vous remarquerez que l'enfant a la physionomie

plus éveillée qu'avant l'opération et semble mieux comprendre ce qu'on lui dit. L'opinion de sa mère et des infirmières qui l'ont gardé est que son état mental s'est amélioré, il est moins agité et moins nerveux qu'avant l'opération, s'assoit parfois pendant quelques heures sur son lit, s'amusant avec des livres dont il regarde les images. Son état physique est excellent. A sept heures de l'après-midi dans laquelle il a été opéré, sa température atteignait 100° F. $^{10}/_{5}$ (= 37° 9). A partir de cette époque, la température commença à baisser, devenant normale le lendemain matin. Depuis ce moment elle n'a jamais été au-dessus de la normale. Il a bien dormi et son appétit est bon.

Je vais maintenant enlever le pansement. Je découvre la plaie et remarquez que nous avons réunion par première intention. Pas d'inflammation ni de suppuration. Mon intention n'était pas d'enlever les points de sutures avant un jour ou deux, mais l'état de l'enfant est si satisfaisant que je vais les enlever. Nous allons maintenant imbiber le cuir chevelu avec la solution de sublimé, y répandre de l'iodoforme et faire notre pansement antiseptique. Au lieu de placer un bandage pour maintenir ce pansement en place, j'ai fait faire une calotte qui répond bien mieux au but.

Après avoir rappelé les cas de Keen, de Gerster et Sachs, celui de Wyeth et Mac Clintock, M. Clistow Parkwell ajoute que dans un cas opéré par lui, Morrison a noté une véritable amélioration.

Horsley a opéré deux malades en Angleterre. L'un mourut quelques jours après, d'un état d'hyperpyrexie. L'autre malade guérit et il y eut une amélioration mentale très marquée. Lannelongue a rapporté vingt-cinq cas dont un seul suivi de mort, et dans les autres cas survivants on a remarqué de l'amélioration.

Au dernier Congrès des chirurgiens d'Amérique, à Washington, le professeur Agnew, basant son opinion sur les opérations faites seulement à Philadelphie, déclara que le procédé employé n'ajouterait aucune gloire à la science chirurgicale. Prenant en considération le résultat de toutes les opérations qui ont été faites, je ne puis être d'accord même avec ce chirurgien distingué. Sur ces 41 cas, 5 sont morts et 36 ont été suivis d'amélioration mentale à un degré plus ou moins élevé. Je doute que toutes les méthodes d'enseignement employées puissent présenter 41 cas sur lesquels 36 se sont améliorés. « Mais, vous dites, 5 sont morts. » Avec les méthodes d'éducation, je crois que vous en trouverez un plus grand nombre qui ne répondront pas à l'attente. Et qui peut dire que pour ces petits êtres, qui n'offrent aucune possibilité de développement intellectuel, la mort n'est pas préférable à la vie ? ?

L'opération est encore récente, et aucun de ces cas n'est resté assez longtemps sous l'observation pour pouvoir juger où atteindra l'amélioration qu'on peut obtenir. Le cas que je vous ai montré est le premier qui ait été opéré dans l'*Ouest* et nous ne pouvons

espérer qu'une chose, c'est qu'il continuera à s'améliorer autant qu'il promet de le faire. ROUTIER.

II. SUR LE DÉLIRE DANS L'INFLUENZA ; par le Dr CAUGER. (*Il manicomio*, fasc. I, 1892.)

L'auteur rapporte quatre observations de délire dans l'influenza; il note que la température a été peu élevée chez ces malades et insiste par suite sur ce fait que le délire ne peut être sous la dépendance de la fièvre, mais résulte plutôt d'une auto-intoxication relevant de la maladie infectieuse. J. SÉGLAS.

III. UN CAS D'IDIOTIE CRÉTINOÏDE; par le Dr FRANCOTTE. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1892.)

Observation d'un idiot, âgé de vingt ans, dont la taille ne mesurait que 84 centimètres et qui présentait la plupart des caractères assignés par Bourneville à l'idiotie myxœdémateuse. On a constaté l'absence de la glande thyroïde. — Pas d'autopsie.

Admettant la théorie qui assigne à l'idiotie crétinoïde une origine thyroïdienne, l'auteur suppose, sans apporter de faits à l'appui de cette hypothèse, que le corps thyroïde a pour fonction de neutraliser certains produits nuisibles de la désassimilation et que le crétinisme, l'idiotie crétinoïde, la cachexie strumiprive sont le résultat de la rétention de ces produits par suite de la suppression ou de la perturbation de la dépuration thyroïdienne. G. D.

IV. DES TROUBLES DE LA PAROLE CHEZ LES ALIÉNÉS; par O. KLINKE. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIX, 1, 2.)

Étude critique des auteurs. Puis observations personnelles témoignant des difficultés que le médecin éprouve à caractériser les troubles de la parole et le diagnostic de l'état mental lui-même. Il y a évidemment trouble fonctionnel dans les centres qui enregistrent les phonêmes des mots; pauvreté dans la provision des mots, contrastant avec les impulsions à parler, entée sur une confusion mentale chronique.

Voici maintenant un paralytique général qui éprouve de la difficulté à s'exprimer (c'était un acteur); il essaié de la combattre par ses gestes; paraphasique, il trace dans le vide les mots qu'il ne peut trouver, désigne inexactement les couleurs, lit et écrit incorrectement les nombres mais écrit bien les lettres et les mots, copie, écrit sous la dictée, autant que le lui permet son état mental.

Enfin il s'agit d'un paralytique général à la dernière période. Il

ressemble assez à un animal privé de cerveau quant aux impressions sensorielles.

Les épileptiques aliénés sont atteints de troubles dans l'articulation, d'aphasie motrice, de dénûment dans leur provision de mots, de perturbations dans la mémoire et l'association des conceptions, d'une obnubilation des facultés symboliques. La parole est ralentie, balbutiée, lourde, hésitante; tout à coup ils s'arrêtent et ne se souviennent plus des règles de la syntaxe. Ils ont aussi de la verbigération, des accès déclamatoires et forment des néologismes.

Les déments séniles ont également moins de mots à leur disposition, ils répètent fréquemment les propositions les plus simples et les mots; ils présentent une verbigération très pauvre, de même que les malades en état de démence secondaire. Deux observations avec exemples.

Modèles des troubles de l'écriture des aliénés, des sourds-muets, d'un malade devenu extrêmement myope (la vue chez lui ne peut plus corriger les imperfections signalées plus haut).

Résumé de quelques travaux sur la parole des idiots (mémoire de Sollier). L'auteur conclut que la symptomatologie des psychopathies ne se prête pas à une identification commune. P. K.

V. De la variabilité des conceptions délirantes et des hallucinations sensorielles; par Th. Kœlle. (*Allg. Zeitsch., Psych.*, XLIX, 1, 2.)

Observation I. Délire fixe, le malade se croit Dieu; idées délirantes subordonnées variant à l'infini, et, dans une seul et même lettre, sous la plume même de l'aliéné. — *Observation II.* L'idée délirante qu'il est Dieu varie, mais le délire principal varie en moins; de Dieu le père, il devient Dieu le fils, tandis que dans l'*observation I*, de Dieu le fils, le malade devient Dieu le père. Il étend son délire à ses frères qui sont évêques et papes. — *Observation III.* Délire des grandeurs formant un pivot autour duquel oscillent des idées de persécution plus ou moins mobiles. — *Observation IV.* Trois espèces de mutations. Tout est mobile; il y a successivement augmentation du délire, changement complet des allégations qui varient. Le délire croît au maximum, et les idées délirantes, surtout celles des persécutions varient en étendant le délire. Les hallucinations varient dans les mêmes proportions. — *Observation VI.* Tous les problèmes de la physique entrent alternativement dans le cadre du délire.

Il est en outre à noter que les malades masquent dans leurs écrits leurs hallucinations, tandis qu'ils s'étendent sur leurs délires et en montrent, en même temps, la mobilité. Quand on les interroge, on trouve les hallucinations correspondantes qu'ils décrivent volontiers sans vouloir les consigner par écrit. Un des malades finit par dire : « Au fait je veux bien les développer par écrit, car, en somme, je suis dans un asile, et, par suite, cela n'a pas de va-

leur. » Puis, la variabilité du délire s'accroît en raison directe de la démence ; cela se conçoit, puisque la systématisation est le résultat de l'association des idées.

Nosographie. — Le délire qui s'étend est celui qui s'amplifie, soit quant à sa teneur, en changeant de sujet, soit quant aux personnes ou aux choses qui touchent le malade. — Un délire, premier en date, peut donner naissance à un second ; exemple : le délire des persécutions qui donne naissance à la mégalomanie. — Un délire varie dans le sens large du mot, quand il se modifie en général ; il varie, dans le sens étroit du mot, quand, le fond restant le même seuls les détails se modifient — Un délire s'accroît quand il ne change pas de sujet : tel individu qui se croyait comte devient empereur, et, alors, les détails relatifs à chacune de ces situations délirantes varient comme de juste. — L'oscillation du délire tient généralement à la variation étroite (une idée délirante cesse pour être remplacée par une nouvelle ou bien, la conception déterminée subsistant, les détails changent : tel individu ne cesse de se croire empoisonné mais il accuse tantôt telle personne tantôt telle autre, se plaint de tel ou tel poison). — La variation de l'ensemble du délire n'est du reste pas si rare qu'on le suppose; il y a des cas où la variation générale du délire est composée des diverses sortes de variabilités. P. KERAVAL.

VI. SUR UN CAS D'HÉMIANOPSIE BILATÉRALE AVEC CÉCITÉ PSYCHIQUE, PHOTOPSIE, HALLUCINATIONS DE LA VUE; par VORSTER. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 1, 2.)

Perte de connaissance, paralysie de la motilité et de la sensibilité du côté gauche, amaurose des deux yeux. Les troubles moteurs rétrocèdent, il reste des troubles partiels de la sensibilité. Huit jours après, hémiopie latérale gauche avec diminution très accusée de l'acuité visuelle, achromatopsie complète; au périmètre, hémianopsie bilatérale. Graduellement, phénomènes de cécité psychique, photopsie, hallucinations de la vue, confusion dans les idées. Tout disparaît sauf l'hémiopie qui, tout en diminuant d'étendue, persiste encore cinq mois après l'ictus. P. K.

VII. UN CAS DE SOMNAMBULISME SPONTANÉ; par J.-A. HŒFELT. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XILX, 1, 2.)

L'observation est communiquée par un avocat; elle est suivie des réflexions de M. Forel qui insiste sur la manifestation de la double personnalité, de la double conscience. Ces troubles sont, pour M. Forel, le résultat de l'autohypnose pathologique d'hystériques ou de psychopathes. Il est très fâcheux, ajoute-t-il, qu'un médecin n'ait pas hypnotisé la malade. La suggestion eût certainement réussi. P. K.

VIII. Manie périodique ayant duré vingt-trois ans et succédant a une manie récidive (six accès maniaques de 1853 a 1867). Guérison après trente-sept ans de maladie par le bromure de potassium a hautes doses; par le Dr Dagonet. (*Bull. de la Soc. de méd. ment.* de Belgique, mars 1893.)

IX. Délire des négations a apparition précoce chez une mélancolique; par le Dr Toulouse. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment.* de Belgique, mars 1893.)

L'observation qui sert de base à ce travail est celle d'une femme, à antécédents héréditaires peu chargés qui fut prise subitement à l'âge de trente-six ans, sans cause appréciable, d'un accès de mélancolie et manifesta presque immédiatement des idées de négation nettement systématisées.

Les idées de négative de cette malade portaient à la fois sur la constitution physique et psychique, mais principalement sur la première, et dans celle-ci, plus particulièrement sur les organes contenus dans la tête. A ce délire de négation étaient associées des idées d'immortalité et aussi de damnation.

Cette observation montre donc que les idées de négation systématisées peuvent se montrer de très bonne heure chez les mélancoliques, contrairement à ce qu'a écrit Cotard. La raison de cette précocité d'apparition est difficile à donner. Il est probable que les tares héréditaires, communes chez la plupart des négateurs n'ont pas ici grande valeur pathogénique. La nature et la disparition des lésions de la sensibilité, si fréquentes chez les mélancoliques jouent sans doute à cet égard un rôle plus important.

Il ressort encore de cette observation, d'après l'auteur, que le délire des négations n'est qu'un syndrome et non une entité vésanique à marche progressive comparable au délire des persécutions comme l'ont soutenu MM. Falret et Armand.

Ce syndrome se manifesterait le plus souvent dans la mélancolie parce qu'il y trouve des conditions psycho-physiologiques propres à son apparition, mais il peut se rencontrer ailleurs, notamment dans certains délires de persécutions. Il paraît se greffer sur des troubles esthésiques encore mal connus et lorsqu'il apparaît dans une vésanie, il est très envahissant et arrive à jouer le rôle prédominant. G. D.

X. Du délire de jalousie chez l'homme; par R. de Kraft-Ebing. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, X, 23.)

Le délire de jalousie existe chez 80 p. 100 des alcooliques encore susceptibles de relations sexuelles; il apparaît à la période tardive de l'alcoolisme généralement sous la forme de délire isolé, quasi mo-

nomaniaque, d'une fixité étrange, recevant, par instants, un appoint des hallucinations et des illusions auxquelles sont en proie ces malades bien que celles-ci appartiennent en propre à l'ivresse. Ce délire émane en propre des modifications subies par les sensations génitales; l'alcoolique en effet ne perçoit plus le plaisir et les sensations qui résultent du coït, bien que le besoin des relations sexuelles soit chez lui exagéré. Il provient aussi de la frigidité de l'épouse et de l'impuissance relative ou absolue de l'époux. Il est augmenté par les incompatibilités du ménage, la gêne, etc... Le délire de jalousie peut encore se combiner à des idées de persécution vagues ou coordonnées, à un délire chronique pur, à une folie systématique alcoolique, à un délire alcoolique chronique. P. K.

XI. Des troubles de la parole dus a l'hypochondrie et des troubles semblables dans la forme de la parole articulée chez les aliénés en général; par O. Klinke. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, XLVIII, 1. 2.)

Balbutiement et parole indistincte rappelant la parole des petits enfants, dans la folie systématique hypochondriaque, le désordre avec confusion dans les idées, la manie, la mélancolie de la folie circulaire, l'hystérie, le délire chronique systématique. L'attitude et le ton étaient aussi ceux des petits enfants. Quelques-uns de ces malades se croyaient aussi redevenus de petits enfants; les hypochondriaques prétendaient n'avoir plus de langue. Ces phénomènes sont à rapprocher des impulsions de la parole; ils sont dus à des obsessions ou à des hallucinations du sens musculaire de l'appareil de la parole. P. Keraval.

XII. Trois cas cliniques; par Clarke.

Il est de règle, parmi les aliénistes, de regarder la majorité des cas de folie datant de deux ans comme incurables. Les hallucinations persistantes indiqueraient des lésions organiques sans espoir d'amélioration. M. Clarke publie à ce propos trois cas cliniques intéressants, où le résultat a été tout différent.

Cas I. — Un homme de trente-quatre ans, mélancolique, avec idées de persécution, entre à l'asile de Kingston. Il avait reçu, quelques années auparavant, un coup sur la tête. Trois jours après son entrée, le malade refuse de parler. Un an après, son mutisme était toujours absolu, mais une lettre écrite par lui à sa femme indique qu'il est sous le coup d'hallucinations.

Enfin, six ans après son entrée à l'asile, il se décide à parler à la femme du docteur. Son amélioration fut rapide et il explique au docteur que son trouble mental remontait à l'époque où il avait

reçu un coup sur la tête et qu'il entendait des voix lui disant qu'on le tuerait s'il avait le malheur de parler.

Cas II. — Le second cas est un cas de manie puerpérale accompagnant l'éclampsie. Le Dr Clarke est appelé un jour auprès d'une malade urémique, présentant un état maniaque. Le pouls était mauvais, la température élevée, l'albumine abondante dans l'urine. Quand la malade n'était pas plongée dans le coma, son excitation était furieuse. L'albumine disparut au bout de quelques jours, mais l'excitation et la température persistèrent.

La manie était caractérisée par des intervalles de grande lucidité et par des crises d'une violence extraordinaire avec de nombreuses hallucinations. En deux ans, la guérison fut complète.

Cas III. — L'auteur publie un cas remarquable de léthargie qui lui a été communiqué par un de ses confrères. Un homme de soixante-deux ans a un frère qui s'est suicidé lorsqu'il avait vingt-huit ans. Peu après ce malheur, il commença à présenter des symptômes de mélancolie et depuis l'âge de trente ans, il tombe chaque année dans un profond sommeil. Suit la description d'une de ses attaques de léthargie. Un soir, Jack se couche après son dîner et ne se réveille plus; son sommeil est calme comme celui d'un enfant, le pouls régulier, la respiration tranquille. Il urine deux fois dans les vingt-quatre heures et va à la selle tous les trois ou quatre jours. Chaque nuit, il absorbe un peu de nourriture. Il se réveille six mois après et peut, pendant quelques mois, reprendre ses occupations. (*American journal of insanity*, 1892.) E. B.

XIII. Intervention de la chirurgie dans les maladies cérébrales de l'enfance; par le Dr Franck Parsons-Norbury, de Jacksonville (Illinois). (*The Journal of the American med. Association*, Chicago, 1er octobre 1892, p. 400.)

Lu à la section de Neurologie et de Jurisprudence médicale, au quarante-troisième meeting annuel de l'Association médicale américaine, tenu à Détroit, en juin 1892.

Microcéphalie. — La pathologie des affections particulières à l'enfance n'a pas été étudiée comme elle le mérite par les opérateurs, et autres praticiens, avocats de l'intervention chirurgicale. Ceci s'applique d'une façon spéciale à la microcéphalie, dont l'amélioration au moyen de la craniectomie linéaire, a été si fortement défendue, par les chirurgiens des deux côtés de l'Atlantique.

Tandis que Lannelongue a modifié sa première théorie soutenue par Virchow, c'est-à-dire que la microcéphalie était due à une synostose prématurée, en disant que l'état est dû au développement vicieux du cerveau, et que les changements survenus dans le crâne sont secondaires, il persiste cependant à faire l'opération, espérant par là, stimuler la croissance du cerveau.

La microcéphalie est une véritable condition pathologique ayant comme cause un arrêt intra-utérin du développement du cerveau.

Nous ne pouvons dire si la maladie du fœtus, ou changements nutritifs provenant d'autres causes, sont primitifs en produisant ce résultat. Il y a défaut de structure, aussi bien que malformation du cerveau, et la synostose n'est pas un facteur en produisant ce rétrécissement du cerveau dans tous ses diamètres.

Concomitante comme elle est dans presque tous les cas, la microcéphalie peut cependant exister sans qu'il y ait synostose. Down, de Londres, rapporte des cas de microcéphalie dans lesquels les sutures ne sont pas fermées; même la suture médio-frontale, qui est ossifiée pendant la première année de la vie, était ouverte. Il dit : « Dans mon observation personnelle des crânes de deux cents idiots, l'arrêt de développement n'était pas le résultat de l'ossification prématurée des sutures. » Plus loin il dit, en parlant d'un cas particulier : « Je désire rapporter ce cas de microcéphalie au plus haut degré, sans synostose, comme un exemple frappant, dans lequel il ne faut considérer autre chose que de simples causes mécaniques comme productrices de ce cas-ci et d'autres analogues. »

Shuttleworth, après avoir rapporté un cas similaire, dit : « J'incline à croire que la synostose prématurée est, en général, la conséquence, plutôt que la cause, du développement imparfait du cerveau, et que l'arrêt de croissance se produit vers le sixième mois de la gestation. »

Fletcher Beach soutient cet avis, ainsi que Ireland, qui dit que dans beaucoup de têtes microcéphaliques les fontanelles sont ouvertes et les sutures non réunies.

Nous devons à Wilmarth une grande partie des progrès faits dans la Pathologie de l'Idiotie[1]; dans ses autopsies nombreuses et approfondies, il n'a trouvé qu'un cas où il existait de la compression sur le cerveau, tandis que, dans la plupart des cas, les circonvolutions sont pleines et arrondies. Dans une lettre particulière qu'il m'écrit, il me dit : « Il est très peu prouvé que les cerveaux microcéphaliques résultent de la compression du crâne; mais, au contraire, il semble exister, dans presque tous les cas, une surabondance de liquide sous-arachnoïdien, sans aplatissement des circonvolutions, ou autres indications de pression intra-crânienne. Comme si le crâne avait poussé légèrement au-dessus du cerveau. Si les conditions dépendaient de la compression du crâne, toutes les parties du cerveau souffriraient également, puisque le cerveau peut être considéré comme liquide, autant que la transmission de

[1] Nous signalerons à l'auteur les *treize* volumes publiés par notre rédacteur en chef sur la pathologie de l'idiotie, sur l'épilepsie, etc., volumes dont divers journaux américains de médecine ont publié des analyses intéressantes.

compression se fait sentir. Je reconnais avec vous que le développement défectueux est plus souvent dû aux défauts de nutrition, que nous ne comprenons pas encore aujourd'hui. »

Mes propres études basées sur l'anatomie, l'embryologie, la pathologie et l'observation clinique, m'ont convaincu que dans la microcéphalie nous avons affaire à des conditions qui ne relèvent pas de la chirurgie. Anatomiquement parlant, nous reconnaissons que le développement intellectuel dépend, comme le dit Meynert, de la structure uniforme de toutes les parties du cerveau. Dans la microcéphalie, nous trouvons l'absence de la structure corticale, nécessaire au développement normal de l'esprit, et nous constatons que le degré d'idiotie ne dépend pas tant du degré de la microcéphalie, que du défaut de structure. La petitesse du crâne n'est pas le criterium de l'intelligence, dans ces défectuosités. Le défaut structural est démontré par l'effacement et l'interruption des circonvolutions; l'ordre simple et défectueux des fissures; l'absence des portions centrales du cerveau, et l'atrophie des lobes, spécialement le frontal et l'occipital. L'examen microscopique montre la diminution du nombre de ganglions et l'absence des cellules de ces derniers dans certaines couches, et le manque de fibres nerveuses.

L'embryologie nous apprend que le cerveau se développe de bonne heure, mais que pas avant le quatrième mois on n'en peut voir les parties les plus importantes; on peut alors distinguer les lobes frontal, occipital, pariétaux et temporaux et les scissures primitives sont déjà prononcées.

Les fissures secondaires apparaissent entre le cinquième et le sixième mois; le lobe occipital couvrirait le cervelet au sixième mois, selon Beaunis et Bouchard. Au septième mois, presque tous les principaux replis de l'hémisphère sont visibles, le lobe frontal s'allonge, la scissure de Sylvius se réduit à une fente. Devant ces faits établis, nous concluons, d'après les observations des cerveaux de microcéphales, qui dans tant de cas démontrent un arrêt avant que l'évolution dont il est parlé plus haut soit complète, que l'arrêt de développement se produit vers le sixième mois de la gestation. Une étude embryologique des progrès de l'ossification ne soutient pas la théorie que la synostose est la cause de la microcéphalie.

L'embryologie démontre que la voûte du crâne est formée en membrane et la base en cartilage, et la pathologie fait souvent cette distinction plus évidente que cela existe dans la microcéphalie (M. Clellan). L'ossification de la base est bien avancée à la naissance et le sommet peut bien être ou ne pas être ossifié complètement, selon le procédé du système osseux « existant sans corrélation aucune entre la croissance du cerveau et du crâne ». Wilmarth dit : « Je suis convaincu que, dans la majorité des cas, le crâne ne pousse pas, simplement parce que le cerveau ne se développe

pas. » Ma propre observation est que la croissance du crâne dépend de celle du cerveau jusqu'à concurrence seulement de l'intervention nutritive localisée de la part du cerveau, réfléchie sur le crâne comme dans l'aplatissement qui suit la sclérose. L'absence générale du développement du crâne dépend de l'intervention nutritive générale, qui, tandis qu'elle peut affecter à la fois le cerveau et le crâne ne le fait pas nécessairement, comme on le voit dans la synostose, et aussi dans les fontanelles ouvertes dans la microcéphalie. Nous concluons que la synostose est le résultat de l'arrêt de développement du cerveau sans l'intervention des progrès de l'ossification. Les résultats de l'expérience, après l'opération de la craniectomie linéaire, ne soutiennent pas la réclame faite pour elle par Lannelongue et ceux qui l'ont suivi. Les statistiques des opérations accomplies, que j'ai pu recueillir, montrent de si maigres résultats et une si grande mortalité, dans ce pays et en Europe, qu'il me semble que ce soit une folie de continuer à défendre la craniectomie linéaire. Ceux qui ont survécu à l'opération ont subi dans quelques cas une certaine amélioration, mais rien ne démontre que cette amélioration ne se serait pas produite aussi bien avant qu'après l'opération, grâce à une éducation persistante. Dans la hâte que l'on a mis à rapporter le résultat des opérations, on a perdu de vue e temps qu'on doit prendre en considération avant de faire un rapport, chose très importante. Les efforts faits pour amener l'amélioration et l'attention donnée à l'enfant par ses parents et ceux qui s'intéressent au cas, avaient obtenu dans la plupart des cas sérieux d'arriération mentale, quelque amélioration notable comme résultat. Ceux qui sont familiarisés avec l'éducation des arriérés ne se sont point trouvés encouragés par l'opération, et l'un après l'autre m'ont assuré qu'ils n'accordaient pas de sympathie à ce genre de chirurgie. » *Une éducation physiologique persévérante peut faire davantage et cela sans le concours de la craniectomie linéaire.* »

E. B.

Nous aurions voulu placer à la suite l'un de l'autre, la leçon sur la craniotomie faite par le Dr Clyton Parkyle (p. 149). Immédiatement avant l'article du Dr Parsons Norbury. Par suite d'une erreur de mise en pages, elle se trouve séparée. Nous ferons, à propos de ces deux travaux, quelques remarques sommaires : 1° S'il y a des cas de microcéphalie avec synostose prématurée, ces cas sont une exception ; — 2° contrairement aux dires de M. le Dr Clyton Parkyle, la première opération de craniotomie a été pratiquée en 1878 par le Dr Fuler (de Montréal), ainsi que nous l'avons rappelé au *Congrès de Blois*, août 1892. Et, le 20 juin dernier, à l'Académie de médecine ; — 3° dans ce même cas, l'opération a fait constater que les os

étaient plus minces que normalement, d'où il suit que le crâne était encore susceptible de se dilater si le cerveau l'y invitait; — 4° la mortalité opératoire, sans compter des accidents graves, est beaucoup plus considérable que le dit le D[r] C. Parkyle, puisque, sur les quatre-vingt-trois cas de craniotomie que nous avons résumés dans le tableau qui accompagne notre communication, il y a eu *quinze décès*; — 5° quant aux améliorations enregistrées dans trente-six cas sur quarante et un, selon M. Parkyle, il faudrait s'entendre et avoir des détails autrement nombreux et précis que ceux qui ont été donnés jusqu'ici par la plupart des chirurgiens; — 6° M. Parkyle se trompe étrangement en supposant que le traitement médico-pédagogique ne fournit pas de résultats analogues dans la même proportion. Dans les établissements bien organisés consacrés au traitement et à l'éducation des enfants idiots on obtient assurément des résultats plus complets que ceux qui ont été mentionnés à la suite des opérations.

C'est donc avec raison que le D[r] Parsons, dont le travail est résumé plus haut, conclut au danger et à l'inutilité de la craniotomie. C'est ce que nous avons montré également dans les deux travaux que nous avons rappelés et, auparavant, dans nos deux volumes des comptes rendus de notre service, dans les années 1840 et 1841. BOURNEVILLE.

XIV. DES CAUSES ET DE L'HÉRÉDITÉ DES AFFECTIONS NERVEUSES ET MENTALES; par RIÉGER. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N.F., III, 1892.)

L'auteur recommande la division suivante :

I. Maladies organiques à lésions	paralysie générale — tabes — névrites — microcéphalie — porencéphalie.
II. Maladies à causes déterminables	delirium tremens — crétinisme — pellagre.
III. Maladies simples, fonctionnelles, qui ne peuvent être caractérisées que par les symptômes	paranoïa. idiotie. épilepsie. hystérie.

En ce qui concerne le troisième groupe, à propos duquel intervient la notion d'hérédité, voici deux propositions de premier ordre :

1° Le fait que bien des consanguins ont été aliénés n'entraîne pas la conclusion que l'individu examiné doive être anormal. — 2° Le pronostic n'est pas noirci par ce seul fait que dans la famille il y a une forte prédisposition, car cette prédisposition peut exister

aussi chez des individus n'ayant cependant qu'une attaque de folie passagère. P. K.

XV. Contribution a la théorie des hallucinations; par Pick. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

1° *Hallucinations par altérations pathologiques dans le mécanisme des fonctions sensorielles.* — Un vieillard affecté d'aphasie ataxique avec surdité verbale, à la suite d'une chute, pendant une journée seulement, fait trois jours plus tard une promenade en voiture. Immédiatement après il est pris d'hallucinations de l'ouïe (répétition de phrases absurdes, inintelligibles). La secousse de la voiture a ébranlé le territoire de la sphère auditive endommagé quelques jours auparavant. — 2° *Influence de l'élément psychique sur les hallucinations de l'ouïe et de la vue.* — Une femme entend des voix menaçantes qui critiquent sa conduite. Elle dit qu'entendant très mal de l'oreille gauche elle ne perçoit les voix que de l'oreille droite. Se bouche-t-elle l'oreille droite avec de l'ouate elle n'entend plus que des bourdonnements confus. On constate dans l'oreille gauche la présence d'un bouchon de cérumen, on l'enlève et on en avertit la malade; des hallucinations apparaissent alors dans l'oreille gauche. — 3° *Des hallucinations unilatérales de plusieurs sens.* Observation caractérisée par les hallucinations auditives, oculaires, olfactives du côté gauche; en somme trois sens ayant leurs territoires corticaux limitrophes. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 26 juin 1893. — Présidence de M. Christian.

Mort de M. Delasiauve. — Après adoption du procès-verbal de la dernière séance, le Président annonce à la Société la perte qu'elle a éprouvée en la personne de son ancien président M. Delasiauve, et lui communique le discours qu'il a prononcé à cette occasion au nom de la Société médico-psychologique.

M. Falret donne lecture des adieux adressés au vieux maître au nom des médecins de la Salpêtrière.

La séance est ensuite levée en signe de deuil. M. B.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE LA PROVINCE DU RHIN.

CINQUANTIÈME SESSION A BONN.

Séance du 19 novembre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. PELMAN.

Le président annonce la mort du plus jeune aliéniste de la Société, le Dr HUBERTY. La Société se lève en l'honneur de sa mémoire.

M. BRIE. *Du trional.* — C'est un agent narcotique actif qui convient dans l'agrypnie simple et dans l'insomnie ou l'agitation des aliénés. Il a sur le sulfonal l'avantage d'agir plus promptement, d'être dépourvu d'inconvénients, de ne pas s'accumuler dans l'économie.

Discussion. — M. THOMSEN. C'est exact, en outre il réussit fort bien dans la cure de la morphinomanie.

M. ERLENMEYER. — L'insomnie des morphinomanes invétérés ne cède point à 2 grammes de trional; c'est tout au plus si avec cette dose le malade s'endort le lendemain matin pendant une heure à une heure et demie, ce qui aurait lieu d'ailleurs sans trional. De plus, donner des narcotiques aux morphinomanes c'est les changer d'habitudes vicieuses, ils s'habituent aux nouveaux poisons dont il faut alors les déshabituer. Au surplus, 5 grammes de chloral ou 5 grammes d'hydrate d'amylène ont une action bien plus intense que 2 grammes de trional, car ils procurent cinq à six heures de sommeil. Cette observation ne concerne toutefois que les cas graves, car généralement 2 grammes de trional exercent une action favorable. Seulement, sans exception, les malades se plaignent d'un sentiment d'ivresse désagréable avec obtusion céphalique et impotence des membres.

M. BUDDEBERG. *Nouvelles observations de paralysie générale progressive à marche circulaire, ou paralysie générale à double forme.*

Observation I. — H... de trente-quatre ans; tare héréditaire; début aigu. Pas de syphilis. Puis alternatives régulières de dépression et d'exaltation; la durée du stade d'exaltation l'emporta sur celle du stade de dépression pendant les dix-huit premiers mois; puis ce fut l'inverse pendant les six derniers mois. Pendant les dernières semaines, durées égales des deux syndromes. Pas de rémission.

Observation II. — Débile de trente-six ans; tare héréditaire; syphilis grave. Début brusque à l'occasion de la mort de son père. Mêmes alternances. La dépression revêt la teinte hypochondriaque. Courtes rémissions permettant le retour du malade chez lui. Au début de cette année,

à la suite d'une attaque congestive grave, alternatives mathématiquement exactes de mélancolie et de manie durant chacune un jour juste Puis, nouvelle attaque congestive, troubles trophiques, déchéance psychique et physique, mort. Peut-être faut-il attribuer ces formes-là à la tare héréditaire.

Discussion. — M. Pelman développe cet argument-là auquel il souscrit.

M. Œbeke. A quoi bon prononcer le mot de circulaire puisque, même quand nous avons affaire à une rémission intercalaire qui semble compléter les trois stades requis, l'individu est toujours en réalité un paralytique. Il est plus exact de dire que, dans le cours de la paralysie générale, il y a eu un syndrome vésanique cyclique.

M. Nœtel rappelle trois observations qui lui sont personnelles, dans lesquelles il y avait non seulement une hérédité chargée mais même des symptômes antécédents de dégénérescence mentale, ces paralytiques présentèrent à plusieurs reprises des alternatives d'exaltation et de dépression. — M. Thomsen appuie la remarque de M. Œbeke. — M. Buddeberg reconnaît qu'il s'agit simplement d'un complexus symptomatique greffé sur une démence paralytique.

M. Liebmann. *De quelques cas de folie consécutive au traumatisme.* L'auteur passe en revue les diverses formes de folie consécutives au traumatisme et insiste sur les relations des vésanies chroniques avec les névroses traumatiques.

M. Erlenmeyer. *De l'emploi des médicaments dérivatifs externes dans les maladies cérébrales et nerveuses. Le séton à la nuque* est indiqué quand il y a congestion encéphalique ; on s'en rend surtout compte par l'examen ophtalmoscopique. En pareils cas on obtient 50 p. 100 de guérisons. *Les frictions stibiées sur le crâne* conviennent de préférence aux manies, voire aux mélancolies, qui, après avoir persisté pendant plusieurs mois, ne se sont pas guéries et tendent à la chronicité, c'est-à-dire à l'incurabilité : ce dont on a tout lieu de craindre quand le poids du corps du malade augmente tandis que l'état mental, qui s'était d'abord amélioré, rétrocède. Elles sont indiquées dans la paralysie générale, dans les lésions localisées de l'écorce qui ne sont pas de celles qui imposent la trépanation.

M. Pelman. *Les toutes récentes attaques contre les aliénistes et les asiles d'aliénés.* Il s'agit d'un mouvement dirigé contre les prétendues séquestrations arbitraires et d'accusations semblables à celles qui ont défrayé la presse française et ont abouti au nouveau projet de loi dont on peut dès maintenant escompter l'avenir. Ce qu'il faut améliorer, comme le dit M. Pelman, c'est le mode d'admission des malades de façon à les traiter vite et bien. Les autorités auxquelles les admissions sont signalées (et c'est là la seule

chose à faire) ont toujours eu qualité pour se mettre en rapport avec les malades et savoir ce qui se passe dans un asile. Quant à l'interdiction et à sa levée, c'est un point de vue qui évidemment mérite l'attention de tous, surtout quand il s'agit de petites gens qu'on a coutume de renvoyer de Caïphe à Pilate.

Ces questions seront traitées dans la prochaine session, c'est-à-dire en juin 1893. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 5.)

P. Keraval.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN.

SOIXANTE-SEIZIÈME SÉANCE.

Fête anniversaire de la vingt-cinquième année de sa fondation.

Séance du 15 *décembre* 1892. — Présidence de M. Lœhr aîné.

L'histoire de la psychiâtrie allemande nous apprend combien, au début, il se trouva peu de médecins qui voulussent se mettre à la tête des asiles et prendre la responsabilité de leur gestion. Mais la vigueur intellectuelle suppléa au nombre, et la netteté des principes permit d'exécuter les réformes, de convaincre les pouvoirs publics, d'obtenir le nerf de l'assistance, de multiplier les asiles.

Ces pionniers de la psychiâtrie allemande furent : Damerow, Flemming, Roller, Jacobi, Zeller, Jessen, Martini, Pienitz ; à la suite des premiers efforts de Heinroth et Ideler, ils créèrent la pathologie mentale et l'assistance des aliénés. Leurs efforts en multipliant le nombre des établissements publics et celui des médecins montrèrent en même temps la nécessité de travailler de concert et de se réunir en un point de l'Allemagne. C'est en 1847, au Congrès des naturalistes, d'Aix-la-Chapelle, que, pour la première fois, fut créée une section de psychiâtrie et d'anthropologie sous la présidence de Flemming ; on y compta treize aliénistes. Virchow s'y fit inscrire et y discuta. Il en est resté bien que l'anthropologie l'ait plus particulièrement attiré. Les psychiatres, sous l'impulsion d'Erlenmeyer, se réunirent ensuite séparément pour la première fois à Eisenach (1860) ; ils étaient vingt, sept d'entre eux vivent encore ; je suis leur seul représentant ici ; à cette époque, j'étais un des plus jeunes. Je me rappelle avoir entendu émettre la crainte que ces sociétés spéciales n'émiettassent l'unité de la médecine. Virchow lui-même n'était pas tranquille. Or, l'avenir a montré l'inanité de ces appréhensions. Que de sociétés locales ne

sont-elles pas issues de celle-ci qui, loin d'avoir émondé l'arbre, lui ont permis de prospérer par l'étude divisée du travail et la cohésion d'éléments qui se serrent de plus près.

La Société psychiatrique de Berlin fut, en effet, la première des Sociétés locales; elle prit naissance en 1866, le jour où la Société des aliénistes allemands siégea à Berlin; on en avait déjà préparé la formation à la session de Landau en 1861. Le 15 mars 1867 elle siégea; on y trouvait Kœppe, Bœttger, Sponholz, Weyert, enlevés par la mort, Arndt, Hauptmann, Ideler, Kahlbaum, O. Muller, Ulrich, Wendt, Lœhr, encore vivants mais dont quelques-uns ne peuvent à cause de leur santé assister à la réunion d'aujourd'hui.

Tout laborieux qu'aient été les débuts, les séances ont été toujours bien remplies. Elles ont resserré les liens qui nous unissaient déjà. Vingt-cinq ans d'un travail ininterrompu nous donnent la satisfaction de voir les jeunes infuser un sang nouveau à notre Société et nous laissent espérer que leurs travaux peuvent encore compter sur vingt-cinq années de prospérité.....

Il reste, en effet, beaucoup à faire! Tant au point de vue scientifique, qu'en ce qui concerne les applications de l'assistance. Et les préventions du public! Et celles des magistrats! Et les contradictions inévitables de spécialistes, pourtant consommés en matière médico-légale! Par bonheur cependant, on n'a pas encore inventé de loi des aliénés; nos jurisconsultes, à qui incomberait ce devoir, ne se sont point encore représenté un type satisfaisant de cette législation au point de vue technique, et les Chambres n'ont encore rien trouvé de précis. Puissent les nations qui ont atteint ce but nous servir d'avertissement. Et puissions-nous, sans ces obstacles, nous développer plus librement que ces dernières! Pour arriver à perfectionner les asiles, il faut créer un contrôle approprié à ces questions délicates et non un appareil à mailles étroites qui les étouffe.

Voyez plutôt le développement que dans les vingt-cinq dernières années, sous l'influence des progrès de la neurologie et de la neuropathologie, a pris la psychiâtrie. Elles marchent maintenant de conserve.

Il y a vingt-cinq ans, l'Allemagne possédait 141 asiles publics ou privés, qui traitaient et hospitalisaient 19,550 malades, et occupaient 261 médecins. En 1890, nous comptons 236 asiles traitant 56,234 aliénés, et 542 médecins. Il n'y a guère de province qui n'ait à cœur de construire un nouvel asile.

Envisageons donc l'avenir avec confiance! Continuons à travailler et nous atteindrons la terre promise et notre science pourra s'enorgueillir de cette devise : *Nunquam retrorsum!* (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 5.) P. Keraval.

BIBLIOGRAPHIE.

II. *La neurasthénie* (Epuisement nerveux) ; par A. Mathieu. Un volume de la Bibliothèque Charcot-Debove. — Rueff, éditeur, Paris, 1893.

M. Mathieu a cherché avant tout à faire un ouvrage clair et à simplifier l'exposé de ces nombreux états qu'on range un peu à tort et à travers aujourd'hui dans la neurasthénie, comme aussi dans la dégénérescence. Suivant la prédominance des symptômes dans tel ou tel appareil, il distingue les formes atteignant le système nerveux (cérébro-spinale, cérébrale, spinale, périphérique), l'appareil digestif (n. dyspeptique), l'appareil circulatoire (n. cardiaque), l'appareil génito-urinaire (n. génitale). Ce qui importe surtout c'est de reconnaître si elle est simple, sans dégénérescence ni névrose surajoutée, — ou si elle est accompagnée de dégénérescence, si enfin il s'y joint d'autres névroses. Il établit que la neurasthénie est pour lui, comme pour M. Charcot, l'expression directe, sans intermédiaire, d'un état particulier de névropathie, que la neurasthésie est le fait primitif, et que ni la dyspepsie, ni l'entéroptose, ni la dilatation de l'estomac ou l'auto-intoxication d'origine stomacale n'ont la portée générale que certains auteurs ont voulu leur attribuer.

Après un chapitre critique intéressant sur la pathogénie et les frontières de la neurasthénie, l'auteur avoue qu'on n'est pas encore bien avancé. Tout ce qu'on a pu faire, c'est de marquer sa place dans la famille névropathique, et l'avoir extraite de la masse des accidents névropathiques. P. S.

III. *Contribution à l'état mental des hystériques;* par le Dr Longbois (de Joigny). (*Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, 1891.)

Deux observations intéressantes, l'une de dénonciation de crimes imaginaires, faite par une hystérique âgée de quatorze ans, contre son père qu'elle accusait d'avoir tué une de ses fillettes, l'autre de chromhydrose simulée par une jeune hystérique qui en imposa pendant près de six mois à plusieurs médecins. La simulation avait eu pour point de départ le récit fait par le frère de la malade, de l'habitude de certaines peuplades de se teindre le visage. Les interrogatoires des médecins dans le sens de la chromhyd rose firent le

reste pour lui indiquer en quelles parties la coloration portait spécialement et c'est ainsi qu'elle put donner à sa chromhydrose simulée un aspect presque classique. M. LONGBOIS fait justement ressortir le soin qu'on doit apporter aux examens des hystériques pour ne pas les suggérer à son insu. P. S.

IV. *Leçons sur le traitement des névroses;* par le Dr E. C. SEGUIN (de New-York), traduit de l'anglais par l'auteur. Paris, O. Doin, 1893.

« J'estime que les médecins et étudiants liront avec profit dans ce petit livre, auquel je souhaite, pour ma part, tout le succès qu'il mérite d'obtenir, les sages et utiles conseils que leur adresse ce très distingué neurologue. » Telle est la conclusion de M. le professeur CHARCOT, dans l'avant-propos où il recommande au public les trois leçons dans lesquelles M. Seguin fait un exposé sommaire de sa pratique et de ses observations personnelles. Très personnelles en effet sont les idées de M. Seguin sur les névroses et leur traitement et plusieurs sont même en contradiction flagrante avec les habitudes de l'empirisme des praticiens. L'auteur débute par le *traitement de l'épilepsie*, « syndrôme que des maladies diverses peuvent produire ». Tout en admettant qu'il est utile de supprimer les causes d'irritation pouvant déterminer des accès, il repousse les théories absolues qui donnent à l'épilepsie une cause précise et généralise ces hypothèses ; il s'élève à ce sujet contre la théorie de Stevens qui attribue le mal comitial à la fatigue oculaire (*eye strain*). Le véritable traitement du haut mal est l'emploi des bromures qui amènent une sédation complète du système nerveux sans agir sur la maladie même. Aussi dans l'emploi des bromures, doit-on, avant tout, rechercher le degré de résistance des malades; et Seguin donne des conseils minutieux pour aboutir sans accidents au résultat cherché. Il rappelle que les doses variables (de 2 à 10 gr. par jour) sont proportionnellement mieux supportées par les enfants et que la résistance des adultes à la médication est le plus souvent en rapport avec le poids. Les épileptiques qui sont atteints d'une affection organique du cœur, qui ont un ralentissement de la circulation doivent prendre de la digitale pour faciliter l'action des bromures.

Dans l'épilepsie symptomatique de lésions cérébrales, on doit administrer ces médicaments avec prudence. Le but à atteindre est de maintenir le malade dans un état de bromisme imminent, état qui se reconnaît à la perte du réflexe pharyngien.

Seguin donne la préférence au bromure de sodium en solution aqueuse :

Bromure de sodium	45 gr.
Eau filtrée.	200

Chaque cuillerée contient 1 gramme de bromure. — Il recommande de prendre le bromure avec beaucoup d'eau et de le boire lentement pour éviter les troubles gastriques. L'eau légèrement alcalinisée et le lait chez les enfants sont les meilleurs véhicules. Si les crises sont régulières on donnera le bromure quatre à six heures avant le moment où elles se manifestent. Si les accès sont irréguliers, on donnera le bromure en deux fois, le matin au réveil et le soir après le repas, on évitera autant que possible de le donner à jeun.

Les doses devront être augmentées dans un traitement à long terme avec les progrès de l'âge chez les jeunes gens, et lorsque le malade est appelé à se livrer à un exercice fatigant ou à une excitation anomale. On diminuera les doses au bout de trois ans de traitement, s'il n'y a pas eu de manifestation comitiale, de 1 gramme tous les deux ou quatre mois. Durant les saisons chaudes, et pendant les maladies intercurrentes, on devra aussi diminuer ou suspendre le traitement bromuré. Si des accidents de bromisme surviennent, on ne suspendra pas le traitement, mais on substituera au bromure dans la solution une quantité équivalente de chloral. Par exemple :

Hydrate de chloral.	7 gr.	50
Bromure de sodium	37	50
Eau distillée	200	

Cette modification permettra à l'acné bromique de guérir et fera rapidement disparaître la somnolence et l'hébétude. — Dans le petit mal, Seguin recommande l'emploi modéré des bromures, celui de la strychnine et de l'atropine à assez fortes doses.

Le traitement de la *chorée* a pour base l'arsenic. Ici l'auteur se plaint des faibles doses données par les médecins qui ne rendent ainsi aucun service. Seguin conseille de donner plus de XV gouttes de liqueur de Fowler, trois fois par jour. S'il survient des troubles gastro-intestinaux, on suspend deux ou trois jours l'arsenic, pour recommencer à la dose abandonnée. Il conseille de joindre à cette médication le repos au lit, les lotions froides (*sponge bath*), la digitale et le strophantus, s'il y a des accidents cardiaques. Il proscrit, durant la convalescence, les exercices violents et recommande une gymnastique calme, où tout se borne à l'exécution de quatre ou cinq mouvements.

Abordant alors la *migraine*, l'auteur admet ici sans contestation les idées de Stevens, qui la subordonne à la fatigue oculaire. Il explique l'action des mydriatiques (cannabis indica, hyosciamine, belladone et atropine), par leur propriété sédative et paralysante sur la troisième paire. Outre la correction des vices de réfraction et de motilité de l'œil, il recommande l'emploi de l'extrait de cannabis indica à la dose de 0 gr. 03 centigr. par jour, en augmen-

tant de 1 centigramme chaque semaine, jusqu'au moment où l'on détermine de légers vertiges. L'antipyrine jointe à la digitale, la caféine donnent encore de bons résultats.

La *névralgie faciale* ou *tic douloureux* a un remède héroïque dans l'aconitine de Duquesnel, dont on doit user avec une extrême prudence. Le traitement mixte, même lorsqu'il n'y a pas d'antécédents syphylitiques, amène parfois la guérison.

Dans la *maladie de Basedow*, le médecin américain recommande au traitement absolument personnel, l'emploi de l'aconitine et la compression légère des yeux pendant une heure ou quatre heures deux fois par jour.

L'ouvrage se termine par un chapitre sur le *régime* et l'*hygiène* des nerveux et l'abus de quelques médicaments (alcool, morphine, bromures). Le régime de Seguin est basé sur l'idée que l'excès d'aliments hydrocarbonés est cause de tous les accidents nerveux. Il recommande une nourriture forte, composée de viandes et d'aliments gras, proscrivant les amylacés. Il autorise l'usage du café très fort, défend les alcooliques, condamne l'usage du lait durant les repas. Les dyspeptiques prendront comme boisson de l'eau très chaude.

Le repos, la suggestion à l'état de veille, l'isolement, l'hydrothérapie, la gymnastique systématisée sont les autres moyens hygiéniques que Seguin recommande contre les névroses. J. Noir.

VARIA.

Congrès de médecine mentale. (Session de La Rochelle, août 1893.)

Mardi 1er août. — Ouverture du Congrès à 9 heures du matin, salle haute de la Bourse. Des auto-intoxications dans les maladies mentales. — Séance de 2 heures à 6 heures du soir. Des auto-intoxications dans les maladies mentales. A 6 heures, visite des tours de La Rochelle. Réception des membres du Congrès par la municipalité à l'Hôtel de Ville de La Rochelle

Mercredi 2 août. — Séance de 8 heures à 11 heures. Les faux témoignages des aliénés devant la justice. — Séance de 2 heures 1/2 à 6 heures. Les Sociétés de patronage des aliénés. Banquet à 7 heures du soir.

Jeudi 4 août. — A 8 heures du matin, séance à l'asile de Lafond. Communications particulières. A 10 heures, visite de Lafond. A

11 heures 1/2, déjeuner offert aux membres du Congrès par l'administration de l'asile. Dans l'après-midi, visite à l'église fortifiée d'Esnandes et aux « bouchots ».

Vendredi matin. — Départ à 7 heures 1/4 pour l'île de Ré. Visite du dépôt des forçats de Saint-Martin-de-Ré. Déjeuner à l'île de Ré. Visite au phare des Baleines. Retour à La Rochelle à 7 heures du soir.

Samedi matin, de 8 heures à 11 heures : Communications particulières.

Samedi soir, 2 heures 1/2 à 6 heures : Communications particulières. — Clôture du Congrès.

Dimanche matin : Départ à 5 heures du matin; — Visite de l'asile de La Roche-sur-Yon; — Déjeuner offert aux membres du Congrès par l'administration de l'asile; — Visite des Sables-d'Olonne.

Nous croyons devoir rappeler à nos confrères des asiles que la ligne de l'État délivre des billets dits billets de bains de mer pour La Rochelle et les autres villes du littoral, avec arrêt sur le parcours. Ces billets sont accordés avec une réduction de 40 p. 100 sur le double du billet simple et sont valables pendant 33 jours.

Communications annoncées. — 1° Idiotie symptomatique de l'hydrocéphalie, par M. le Dr Bourneville et M. le Dr Noir; 2° Le pécule des aliénés, par M. le Dr Drouineau; 3° Dégénérés psycho-sexuels fétichistes, par M. le Dr Garnier; 4° Délire des persécutions, par M. le Dr Séglas; 5° Sur les obsessions et impulsions à forme continue, par M. le Dr Roubinowitch; 6° Communications diverses, par M. le Dr Mendelsshonn, de Saint-Pétersbourg; 7° Le pénitencier de l'île de Ré, par M. le Dr Colin; 8° Elimination de l'acide phosphorique chez les idiots, par M. le Dr Mabille.

Questions générales : 1° Les auto-intoxications dans les maladies mentales. — Rapporteurs : M. le Dr Régis et M. le Dr Chevalier-Lavaure.

Communications inscrites. — M. le Dr P. Garnier, M. le Dr Legrain, M. le Dr Seglas, M. le Dr Colin, M. le Dr J. Voisin. — *Toxicité urinaire chez les épileptiques*; M. le Dr Dericq. — *Etats mélancoliques et urticaires;* M. le Dr Mabille.

2° *Les faux témoignages des aliénés devant la justice.* — Rapporteur : M. le Dr Cullerre, M le Dr Motet, M. le Dr P. Garnier, M. le Dr Colin, M. le Dr Doutrebente, M. le Dr Mabille.

3° *Les sociétés de patronage des aliénés.* — Rapporteurs : M. le Dr Giraud et M. le Dr Ladame, M. le Dr Pons, M. le Dr Bourneville.

Les classes des enfants arriérés en Suisse.

Le gouvernement bâlois vient de créer, à titre d'essai, dans la ville de Bâle, des classes à l'usage des élèves de faible intelligence (*Schwachbegabte Schüler*). *On n'y admettra ni les enfants qui, à raison d'infirmités corporelles ou mentales, sont hors d'état de fréquenter une école, ni les enfants moralement corrompus.* Lorsque les parents s'opposeront à ce qu'un enfant soit placé dans une classe spéciale, le département d'éducation décidera si l'enfant peut être maintenu dans une classe ordinaire ou doit être renvoyé définitivement de l'école. Le nombre des élèves d'une classe spéciale ne doit pas dépasser vingt-cinq ; la direction en est confiée à une institutrice. (Extrait de l'*Annuaire de l'Enseignement*, année 1889.)

Il s'agit là d'une question très importante au point de vue pédagogique et au point de vue des finances. Nous l'avons maintes fois signalée sans avoir eu la chance de la voir examinée sérieusement. Espérons qu'à force d'y insister nous finirons par provoquer une solution. B.

La jeuneuse irlandaise.

Dans un récent numéro du *Freeman's Journal*, se trouvait le récit d'une jeûneuse irlandaise qu'un correspondant du journal interviewa à cette époque, ou plutôt qu'il visita, et dans le même article le procès qui surgit à la suite des différents récits que la curiosité de ce cas avait fait surgir dans le district. La jeune fille repose dans un humble cottage au milieu des montagnes du comté de Cavan; elle est restée, dit-on, privée de la parole et en léthargie depuis le commencement de l'année. Elle a dix-neuf ans et est bien développée, mais elle est, paraît-il, poitrinaire, et deux de ses frères sont morts de la poitrine. Son état actuel a été précédé d'une série de crises hystériques accompagnées d'hallucinations, et elle fut tellement malade à cette époque qu'on lui administra les derniers sacrements. Ceci se passait le jour du nouvel An, et c'est très peu de temps après qu'elle tomba dans l'état où elle se trouve encore aujourd'hui. Pendant six semaines elle n'a pris aucune nourriture, mais ces derniers temps on a pu lui faire prendre des aliments liquides. C'est là évidemment un cas de catalepsie, et, bien que le fait d'avoir été privée de toute nourriture pendant six semaines ne doive être accepté que sous une certaine réserve, il est permis de croire que des malades dans cette condition peuvent vivre avec une quantité de nourriture qui, comparée à celle que prendrait une personne bien portante du même sexe et du même âge, peut paraître très petite. Nous ne désapprouverons

jamais trop ce système d'exhibition de cette jeune fille comme une curiosité à tous venants.

Le correspondant du journal qui publie ce récit, tel que nous l'avons recueilli, n'eut qu'à se présenter au curé de la paroisse qui l'accompagna immédiatement dans la chambre où la malade reposait.

Quel que puisse être l'état de cette personne au début, il n'est pas douteux que chez de tels malades les traits morbides sont plus accentués par « l'attention » qu'on appelle *sympathique*, mais qui est réellement *dénaturée*, et l'on est peu surpris de lire dans le même journal le récit d'un procès intenté à un homme, malheureusement c'est vrai, pour s'être introduit subrepticement dans la demeure de cette malade et d'y avoir assiégé cette malheureuse jeune fille. (*The Lancet*, 15 juillet 1893, p. 149.) R.

Ce cas et la curiosité malsaine dont il est l'occasion rappelle l'exploitation faite en Belgique, par le clergé, du cas de Louise Lateau et par la famille du cas de la *jeunesse du pays de Galles*. B.

INFLUENCE DE LA POLITIQUE SUR LA NOMINATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES AUX ETATS-UNIS.

Dans les derniers numéros des *Annales médico-psychologiques*, il a été fait mention de l'influence déplorable dont il s'agit. Une des victimes de cette influence a été M. le Dr Dewey, l'un des plus distingués parmi les aliénistes américains. Au sujet de sa destitution le *British medical Journal* du 1er avril 1893 a publié une lettre du Dr Hack-Tuke qui flétrit cette mesure en termes justement distingués. En voici quelques passages :

« Le Dr Dewey médecin directeur de l'asile de Kankakée est destitué des fonctions que depuis bien des années il remplissait avec autant d'honneur pour lui-même que de profit pour ses malades. Je parle de ce que je sais personnellement, quand je dis que ce médecin est un des hommes les plus estimables, à qui on ne peut rien reprocher; il était tout dévoué à l'institution qu'il a dirigée avec plein succès, malgré les difficultés exceptionnelles que suscitaient des errements tout à fait nouveaux ; c'est lui, en effet, qui a expérimenté pour certaines catégories de malades, l'usage des pavillons distincts du centre de l'asile. Il a montré quels avantages on pouvait obtenir de cette manière de faire, et il a exercé une grande influence sur l'application de la même mesure dans d'autres asiles, en faisant entrer dans la pratique les idées de Frédéric Wines et d'autres qui ont préconisé le groupement des aliénés par petits nombres en opposition à l'entassement d'un millier de malades dans un bâtiment monstre.

« Le Dr Dewey a résolu un problème. Mais maintenant que les affaires politiques ont pris une voie nouvelle, il est obligé de céder la place sans qu'on ait le moindre égard à ce qu'il a fait d'admirable. Son successeur peut être un médecin de mérite, capable de bien remplir ses fonctiions, cela n'est point à mettre en question; mais l'injustice criante commise à l'égard d'un médecin distingué pour des motifs purement politiques, reste tout entière et donne matière à graves réflexions sur le système qui a permis de la commettre. » — C'est le Dr Clevenger qui a été nommé à la place du Dr Dewey. (*Annales med. psychol.*)

FAITS DIVERS.

Faculté de médecine de Paris. — *Nominations :* M. Lefilliatre, interne des asiles de la Seine, est nommé, à partir du 1er juin et jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, aide du laboratoire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Champion.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le Dr Régis est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, d'un cours complémentaire des maladies mentales.

Université de Vienne. — M. le professeur von Krafft-Eling, est nommé premier professeur de psychiatrie en remplacement de M. Meynert, décédé.

Académie royale de médecine de Belgique. — *Prix :* Nous extrayons du programme du concours de l'Académie royale de médecine de Belgique, les renseignements suivants : Concours 1893-1895. — Faire l'étude pathogénique et clinique des névroses traumatiques. Prix : 600 francs. — Clôture du concours : 15 février 1895 ; — Concours 1891-1894. — Prix fondé par un anonyme. Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie. — Prix : 4,000 francs. — Clôture du concours : 1er février 1894. Des encouragements de 300 à 1,000 francs pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. Une somme de 25,000 francs pourra être donnée en outre du prix de 4,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie. N. B. Les mémoires lisiblement écrits en

latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, franc de port, au secrétariat de l'Académie, à Bruxelles.

Chaire de clinique des maladies mentales. — La Faculté de médecine a présenté jeudi, en première ligne, notre ami M. Joffroy, agrégé, pour la chaire de clinique des maladies mentales laissée vacante par le décès du professeur Ball.

J.-B. Charcot et Georges Guinon.

Distinction honorifique. — Nos bien sincères compliments à notre distingué collaborateur et ami le Dr Gilles de la Tourette, médecin des hôpitaux, qui vient d'être fait chevalier de la Légion d'honneur, à l'occasion de l'inauguration de la statue de Théophraste Renaudot.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année* 1892. Publié avec la collaboration de MM. Dauriac, Ferrier et Noir. Volume in-8° de cxii-368 pages, avec 37 figures dans le texte et 15 planches. — Prix 7 fr. — Pour nos abonnés : 5 fr.

Flournoy (Th.). — *Des phénomènes de synopsie* (Audition colorée), Volume in-8° de 259 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, 1893. — Librairie F. Alcan.

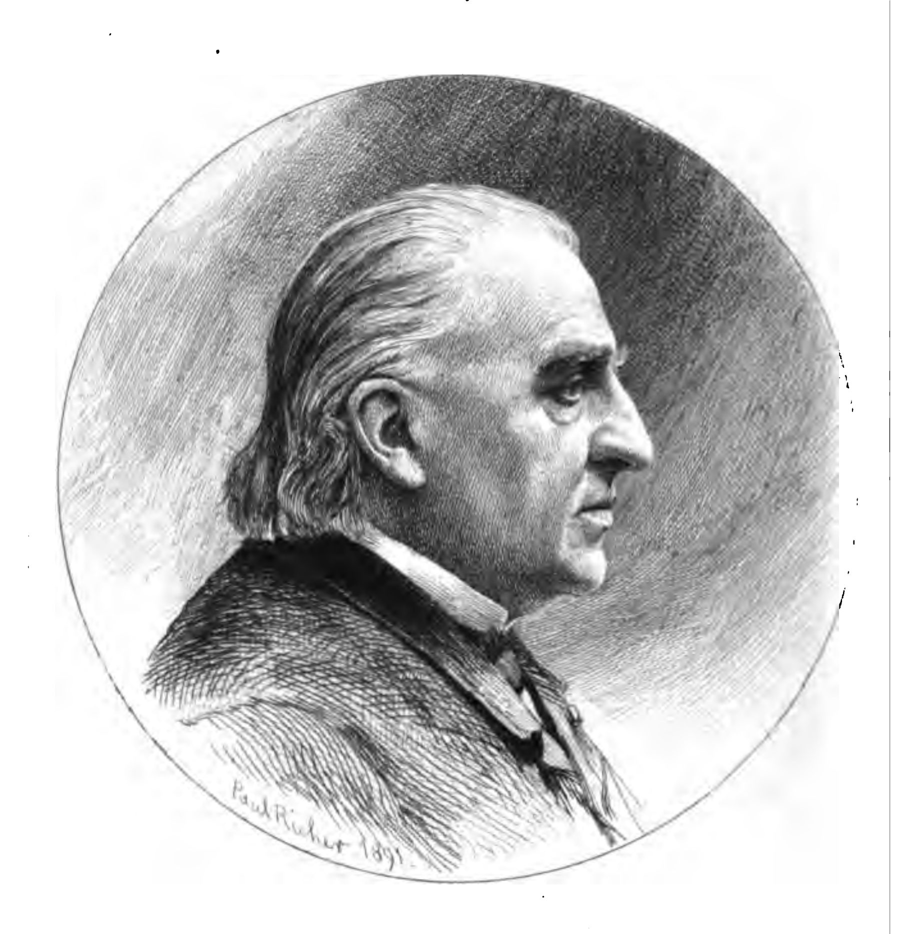
Noir (J.). — *Etude sur les tics chez les dégénérés, les imbéciles et les idiots*. Volume in-8° de 171 pages, avec 24 figures. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés : 2 fr. 75.

Roubinovitch (J.). — *Sur les hallucinations verbales psycho-motrices dans un cas de délire de persécution systématisé à évolution progressive chez une dégénérée*. Brochure in-8° de 20 pages. — Paris, 1893. — Imprimerie L. Maretheux.

Toulouse (Ed.). — *De la dynamométrie chez les aliénés*. Brochure in-8° de 13 pages. — Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*. — Gand, 1893.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. 793.


Paul Richer 1891

ptembre 18

VES DE MUR

M. CHA



Vol. XXVI. Septembre 1893. N° 79.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

J.-M. CHARCOT

Le mercredi 16 août, le télégraphe apprenait que M. Charcot, en excursion de vacances, depuis quelques jours sur les bords du lac des Settons dans la Nièvre, venait de succomber soudainement et sans que rien ne le fit prévoir, à une attaque d'angine de poitrine. Après quelques minutes de souffrances, M. Charcot expirait entre les bras de ses deux compagnons de voyage, MM. Debove et Straus, ses amis. La veille au soir il écrivait encore à Mme Charcot une lettre pleine de gaîté dans laquelle il se félicitait de son voyage.

Charcot (Jean-Martin) est né à Paris le 29 novembre 1825, d'une famille d'artisans honorables mais d'une modeste aisance. M. Charcot, qui ne cachait pas son origine, nous a raconté qu'en raison de l'impossibilité où son père était d'engager ses trois fils dans les professions libérales, il leur dit un jour : « Je ne peux vous faire faire à tous vos études ; celui qui aura le mieux travaillé à la fin de l'année scolaire, seul, continuera ; un autre sera soldat, le troisième sera car-

rossier comme moi. » Ainsi fut fait. Notre Maître l'emporta et, en conséquence, fut envoyé au lycée Saint-Louis. Ses études secondaires achevées, il se fit inscrire à la Faculté de médecine. Il fut reçu interne des hôpitaux en 1848 et passa sa thèse de doctorat en 1853 [1].

Peu après, son maître Rayer lui confia le soin d'accompagner en Italie, un de ses malades, M. B. F., appartenant à une riche famille de financiers et de politiques. Avec les quelques milliers de francs économisés dans ce voyage, à son retour, il s'installa cité Trévise. C'est alors aussi qu'il fut nommé chef de clinique médicale. Il en remplit les fonctions en 1853-1854 et 1854-55.

M. Charcot aimait à rappeler que, durant son internat et son clinicat, il donnait des leçons particulières afin d'atténuer les sacrifices que s'imposait sa famille pour son éducation. L'année suivante (1856), il était nommé médecin du Bureau central. Quatre ans plus tard (1860), à son second concours, il arrivait à l'agrégation [2]. En dépit de son ardeur au travail, de ses connaissances aussi sûres qu'étendues, il faillit échouer, et ne dut son succès qu'à la dernière épreuve : l'argu-

[1] *Etudes pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaire chronique* (forme primitive). Avec planches. Plus tard il revint sur le rhumastisme et la goutte dans des communications à la *Société de biologie* (avec Cornil), dans ses leçons de 1866, dans les nombreuses notes jointes à la traduction du livre de Garrod en 1867.

[2] Son premier sujet de thèse d'agrégation avait pour titre : *De l'expectation en médecine* (1857) et le second : *De la pneumonie chronique* (1860). Dans celle-ci, souvent citée, M. Charcot utilise des faits personnels et décrit une forme nouvelle qu'il nomme *pneumonie chronique ulcéreuse.*

mentation de sa thèse. Aussi exprimait-il le regret de voir, dans ces dernières années, cette épreuve devenir à peu près illusoire.

En 1862, M. Charcot revint, comme chef de service, à la Salpêtrière où il avait été interne et rassemblé les éléments de sa thèse inaugurale et dont il avait su voir les inépuisables ressources. Il ne devait plus la quitter. Aussitôt il se mit à l'œuvre. Avec Vulpian, son ami, il entreprit de recueillir les observations de toutes les administrées (séniles, chroniques) et de toutes les entrantes. La réunion de ces observations formait les *Archives médicales* de la Salpêtrière, et lorsqu'une affection intercurrente amenait les administrées à l'Infirmerie générale, il les connaissait déjà et pouvait poursuivre fructueusement leur histoire pathologique. Et cela se continuait jusqu'à la fin. Toutes les autopsies étaient pratiquées avec le plus grand soin et c'était lui-même qui en dictait les résultats. Sauf pendant les vacances, il était d'une assiduité exemplaire à son service. La besogne qu'il s'était imposée remplissait toute sa matinée et souvent au delà. Cette abondance de matériaux de choix constituait une mine inépuisable, qui s'accroissait d'année en année. C'est de là que sortaient les travaux qu'il communiquait à la *Société de biologie*, dont il fut le secrétaire, puis le vice-président, ou qu'il insérait dans la *Gazette hebdomadaire*, dont il fut le collaborateur assidu de 1857 à 1869. En outre de ses mémoires originaux, sur l'*Endocardite ulcéreuse*, les *Embolies pulmonaires*, la *Maladie de Basedow*, les *Gangrènes viscérales*, etc., il publia dans ce journal des

articles d'histoire et de critique qui sont de véritables modèles du genre [1].

Son nom était donc déjà très honorablement connu lorsqu'il inaugura, en 1866, ses leçons, à la Salpêtrière, non pas dans le bel amphithéâtre que l'on connaît, mais simplement dans une salle de malades évacuée pour la circonstance. Aussi son cours fut-il suivi avec empressement, en particulier par les anciens internes, candidats au Bureau central, qui étaient assurés de trouver là les sujets abordés, la pneumonie des vieillards, le rhumatisme chronique et la goutte [2], traités avec une incontestable compétence et mis au courant de la science.

En 1867, pour des motifs dont nous n'avons pas gardé le souvenir, M. Charcot fit son cours libre à l'École pratique : il le consacra à l'*hémorrhagie* et au *ramollissement du cerveau*, après une première leçon de haute philosophie médicale intitulée : *Parallèle entre la médecine empirique et la médecine scientifique*. Il reprit l'année suivante (1868) son cours à la Salpêtrière, décrivit, entre autres, la *paralysie agitante*, la *sclérose en plaques*, jusque-là confondues, qu'il a pour ainsi dire découvertes et dont il a tracé un tableau si exact et si complet que, depuis, il n'y a rien été ajouté de vraiment important [3]; les *scléroses de la*

[1] Citons aussi les articles : *fièvre typhoïde*, *typhus fever*, *peste*, *fièvre jaune*, parus en 1863 dans la *Pathologie méd.* de Requin, l'art. *Anévrysmes de l'aorte* du *Dict. encyclop.*, etc.

[2] Ces leçons ont été publiées par M. Benjamin Ball.

[3] Nous avons publié ces leçons dans la *Gazette des Hôpitaux* (1868).

moelle épinière, la *sclérose primitive des cordons latéraux*, etc.

Dans son cours de 1869, il traita de nouveau de l'hémorrhagie et du ramollissement du cerveau. Malheureusement, une partie seule de ses belles leçons a été recueillie. On doit d'autant plus le regretter, qu'elles étaient pleines de faits nouveaux, au point de vue de la pathogénie, du diagnostic et du pronostic [1]. Outre les leçons dont nous venons de parler, mentionnons encore pour 1869 celles qu'il a faites sur l'*importance de la thermométrie dans la clinique des maladies des vieillards* [2], et faisons remarquer à ce propos, que c'est principalement à M. Charcot que l'on doit la vulgarisation de la thermométrie en France et qu'il lui a dû d'intéressantes données qu'il a maintes fois mises à profit dans son enseignement [3].

Cette même année il découvrit les *arthropathies des ataxiques*, auxquelles les Anglais ont donné le nom de *Charcot's joint disease*, et fonda les *Archives de physiologie* avec Vulpian et Brown-Séquard.

Son cours de 1870 s'ouvrit sous les meilleurs aus-

[1] Trois petits fascicules, publiés par Bouchard. Nous devons dire, toutefois, que ces leçons ont été utilisées dans plusieurs thèses de doctorat et dans l'article *Hémorrhagie cérébrale*, inséré par M. Brouardel dans le *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*

[2] Publiées par A. Joffroy dans la *Gaz. hebd.* de 1869, réimprimées dans les *Œuvres complètes.*

[3] La thermométrie avait déjà été mise à contribution (Gavarret, Andral, H. Roger, etc.), puis avait été abandonnée dans notre pays pour être reprise en Allemagne (Wunderlich, etc.). Pendant longtemps, nous avons été personnellement l'objet de plaisanteries à cause de notre « manie de la thermométrie », que nous avait inculquée M. Charcot. Nous avons persisté, sur ses conseils, et nous n'avons pas lieu de le regretter.

pices. La salle de consultation où il avait lieu était devenue insuffisante. Parmi les auditeurs, le nombre des médecins étrangers, notamment d'Allemagne, n'avait jamais été aussi grand. C'est à cette époque qu'il fit ses remarquables leçons sur les *Troubles trophiques consécutifs aux maladies du cerveau et de la moelle épinière*. La guerre criminelle de 1870 vint les suspendre. Pendant les deux sièges, M. Charcot, simplement, fit son devoir comme il l'avait fait lors des épidémies cholériques. Outre ses salles ordinaires, il eut la charge d'un service de varioleux et d'un baraquement de militaires fiévreux.

Dans le courant de cette même année (1870), il se produisit un événement imprévu, insignifiant en apparence, qui eut sur la destinée scientifique du maître une importance considérable. Le bâtiment dit de Sainte-Laure, où était installé le service de M. Delasiauve, comprenant les épileptiques, les hystériques et les idiotes adultes, menaçant ruine, l'Administration dut le faire évacuer. On plaça les idiotes adultes dans trois des sections du quartier des aliénées ; on mit les épileptiques et hystériques réputées *aliénées* dans la section de M. Baillarger et on sépara les épileptiques et hystériques dites *non aliénées* [1], dont on fit un quartier spécial. M. Charcot étant le plus ancien des deux médecins de l'hospice on le lui offrit, il l'accepta. Le hasard

[1] Nous avions été interne de M. Delasiauve en 1866 et nous avions recueilli les observations d'une partie des malades qui venaient de passer sous la direction de M. Charcot. Il nous demanda de les mettre à sa disposition, puis de les continuer. Voilà comment de 1871 à 1879, époque où nous avons été nommé médecin de Bicêtre, nous avons rempli officieusement dans son service les fonctions d'assistant.

le favorisa ; la science en profita. On sait, en effet, comment il exploita ie nouveau champ d'investigation mis à sa disposition.

Après la guerre, M. Charcot reprit son enseignement. Il nous avait confié la publication du premier volume de ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*. Plusieurs leçons, dès 1868, avaient paru dans la *Gazette des Hôpitaux ;* les leçons sur les *troubles trophiques* venaient de paraître dans le *Mouvement médical.* Nous pensions donc pouvoir aller vite. Nous comptions sans la sévérité, parfois extrême, du maître pour ses propres travaux. Il reprit la composition des leçons sur les troubles trophiques parue dans ce dernier journal et la remania de fond en comble : ce fut à une impression nouvelle qu'il fallut procéder. Et celle-ci subit à son tour de telles modifications que nous désespérions de pouvoir jamais parvenir au but. Après les leçons sur les troubles trophiques, venaient les leçons sur la paralysie agitante et la sclérose en plaques. Il ne les modifia pas et nous avions repris confiance. Nous n'étions pas cependant à la fin de nos peines. Ce fut à force de le tourmenter, avec une insistance qui aurait fini par être déplacée si nous n'avions été soutenu par M[me] Charcot, que nous eûmes enfin les leçons sur l'*hystérie* et l'*hystéro-épilepsie* qui terminent ce volume [1]. Souvent, dans les

[1] Il parut enfin en 1872. M. le D[r] Max Simon s'exprimait ainsi au début de l'analyse qu'il en fit dans le *Bulletin de Thérapeutique* (1874, p. 503) : « M. le P[r] Charcot est un de ces hommes qui, sachant faire grâce au temps, mûrissent dans une laborieuse solitude les travaux qui doivent les conduire à une légitime célébrité. M. Charcot est jeune encore ; il n'a pas dit son dernier mot, mais son premier mot a été la révélation d'une saine et féconde originalité. »

années qui suivirent, il en fut de même en bien des circonstances et sans l'intervention incessante de Mme Charcot, sans ses encouragements, la plupart des leçons de cette période auraient eu le même sort que celles de 1867 et 1869. Si nous avons insisté sur ces détails, c'est pour montrer le rôle bienfaisant que peut exercer une femme intelligente et dévouée dans la vie d'un savant, et aussi pour détruire cette assertion de certains publicistes qui ont accusé le maître d'un amour immodéré de la publicité. Que n'en eût-il été ainsi ! Nous aurions, à l'avantage de tous, une foule de leçons qui sont demeurées enfouies dans ses cartons.

Nommé, en 1872 [1], professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de son ami Vulpian devant lequel il s'était effacé quelques années auparavant (1867), il occupa cette chaire jusqu'en 1881. C'est durant cette période qu'il fit ses *Leçons sur les maladies du poumon*, *du foie* [2], *des reins* [3], sur les *Conditions pathogéniques de l'albuminurie* [4], sur les *Localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière* [5], etc.

Bien qu'il s'agisse là d'une branche des sciences médicales qui n'a pas l'attrait de la clinique, par exemple, il sut attirer et retenir à son cours un nombreux auditoire. Pour le rendre attrayant et compré-

[1] Cette même année, il fut élu membre de l'Académie de médecine.
[2] Elles ont été publiées par nous.
[3] Publiées par Sevestre.
[4] Publiées par Brissaud.
[5] Publiées par Bourneville et Brissaud.

hensible, même pour les étudiants les moins au courant de l'anatomie pathologique, il faisait lui-même ou faisait faire des planches murales représentant les lésions des maladies qu'il décrivait, procédés qu'il appliquait à ses cours de la Salpêtrière dès 1866 et qu'il ne cessa de perfectionner. Il se servait dans ce but tantôt des dessins des auteurs, tantôt et surtout des pièces anatomo-pathologiques recueillies dans son riche service de la Salpêtrière ou collectées à la *Société anatomique*. En effet, voulant donner à son enseignement un caractère absolument pratique, M. Charcot avait compris que si les richesses anatomo-pathologiques de la Salpêtrière suffisaient pour l'enseignement d'un certain nombre de maladies, il n'en était plus de même pour une foule d'autres. Afin de combler cette lacune, il eut l'heureuse idée d'accepter la présidence de la *Société anatomique* (1872-1882) où, alors, la majorité des internes des hôpitaux venaient apporter toutes les pièces les plus intéressantes. Et comme on savait, qu'il ne manquait aucune séance, que sa présidence était réellement effective, qu'il profitait des présentations pour émettre d'utiles remarques, les séances de cette Société étaient très fréquentées. Chacun s'empressait de mettre à sa disposition tout ce qu'il jugeait susceptible de servir à son cours.

Pendant les dix années qu'il professa l'anatomie pathologique à la Faculté, il n'en continua pas moins ses cours libres de la Salpêtrière, fournissant ainsi une somme de labeur telle que peu d'hommes en ont fourni une semblable, accomplissant ainsi d'« immenses travaux connus dans le monde entier ». Cela lui a été

possible, parce que sa compagne, pleine de dévouement et d'affection, « d'esprit élevé, l'intelligence ouverte à tout ce qui est beau dans les sciences et dans les arts, lui donnait le charme et les joies de l'intérieur et de la famille » ; parce que ses enfants l'entouraient du plus profond respect et de la plus vive affection. Chacun, autour de lui, s'empressait à lui faciliter sa tâche. Aussi n'éprouvait-il nullement le besoin de se répandre au dehors. Tout ce qu'il voulait était bien, et comme ce qu'il voulait c'était la liberté de travailler, il a pu accomplir, dans une vie prématurément interrompue, l'œuvre qu'admirent tous ceux qui travaillent eux-mêmes et cherchent à se tenir au courant de la science.

C'est durant cette période qu'il publia ses *Leçons sur les anomalies de l'ataxie locomotrice*, sur la *Compression lente de la moelle épinière*, les *Amyotrophies spinales*, les *Paraplégies urinaires*, l'*Hémichorée post-hémiplégique*, l'*Epilepsie partielle d'origine syphilitique*, le *Tabes dorsal spasmodique*, l'*Athétose*, etc. Ce fut alors aussi qu'il nous aida à fonder le *Progrès médical* (1873), qu'il créa la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (1877), et que nous fîmes paraître ensemble les *Archives de Neurologie* (1880). Là aussi prennent place ses recherches sur la *métalloscopie* et l'*hypnotisme*.

C'est pendant l'été de 1876 que M. Charcot fit la revision des travaux de Burq sur la *métalloscopie* et la *métallothérapie*. Il s'ensuivit plusieurs découvertes intéressantes : modifications que subit l'achromatopsie sous l'influence des applications métalliques ; transfert ; anesthésie métallique, etc. Ces découvertes, à leur

tour, furent le point de départ d'investigations curieuses sur l'action des barreaux aimantés, des électro-aimants, des solénoïdes, de l'électricité statique, des vibrations d'un corps sonore, etc.

Les recherches entreprises à la Salpêtrière par notre Maître et, sous sa direction, par plusieurs de ses élèves sur l'*hypnotisme* datent de l'année 1878. Dès l'origine, comme il l'a consigné lui-même, il s'est attaché à imprimer à ces recherches une allure prudente et réservée. Peu préoccupé du scepticisme, d'ailleurs purement arbitraire, familier à ceux qui, sous le prétexte d' « esprit scientifique », cachent un parti pris de ne rien voir et de ne rien entendre en ces matières, M. Charcot s'est tenu autant que possible éloigné de l'attrait du singulier, de l'extraordinaire, écueil qui, dans ce domaine encore peu exploré scientifiquement, se rencontre, pour ainsi dire, à chaque pas. Il a résumé très simplement la méthode qu'il convient de suivre dans ces études ardues de physiologie et de pathologie nerveuses : Au lieu, disait-il, de se laisser aller à la poursuite de l'inattendu, de l'étrange, il convient, quant à présent, de s'attacher à saisir les signes cliniques, les caractères physiologiques facilement appréciables des divers états et phénomènes nerveux produits ; de se renfermer d'abord dans l'examen des faits les plus simples, les plus constants, de ceux dont la réalité objective est le plus facile à mettre en évidence, n'abordant qu'ensuite et toujours avec circonspection les faits les plus complexes ou plus fugitifs ; de négliger même systématiquement, du moins à titre provisoire, ceux d'une appréciation beaucoup plus

délicate, qui, pour le moment, ne paraissent se rattacher par aucun lien saisissable aux faits physiologiques connus. C'est en grande partie, selon M. Charcot, parce que ces précautions si simples ont été trop souvent négligées que les recherches sur l'hypnotisme considéré comme une névrose expérimentale, recherches destinées certainement à porter quelque jour la lumière dans une foule de questions, non seulement de l'ordre pathologique, mais encore de l'ordre physiologique ou psychologique, autrement presque inaccessibles, n'ont pas jusqu'ici donné tous les fruits qu'on peut en attendre, et n'ont pas rencontré partout l'accueil favorable qu'elles méritent.

Les études faites à Salpêtrière concernant l'hypnotisme ont toujours porté sur des sujets atteints de grande hystérie (hystéro-épilepsie ; hysteria major). C'est d'ailleurs sur les sujets de cette catégorie surtout, que les divers états nerveux, produits artificiellement, semblent atteindre leur développement le plus parfait et se montrer doués de leurs attributs les plus caractéristiques. Il a paru plus philosophique de s'arrêter tout d'abord aux types réguliers, classiques en quelque sorte, avant d'envisager les formes frustes, rudimentaires, mal dessinées.

Nous avons cru utile de rappeler la méthode prudente, tout à fait scientifique, qui avait guidé le Maître dans l'étude de faits délaissés par les médecins, considérés sous un jour très défavorable et qu'il avait hésité même à aborder. Les découvertes précises qui en sont découlées ont contribué à agrandir la réputation de l'École de la Salpêtrière. Elles sont sorties du monde médical et ont attiré à un tel point l'attention de l'opi-

nion publique, que beaucoup se figurent que les travaux de M. Charcot se bornent à l'hypnotisme alors qu'ils ne constituent qu'une petite partie des travaux dus à son génie. Ils ont répandu son nom dans le public, mais déjà sa réputation scientifique était faite et reposait sur des bases inébranlables.

Son enseignement sur l'hypnotisme a été l'origine d'une foule d'expériences et de publications. Certains auteurs se sont écartés de la méthode scientifique positive et se sont laissé entraîner sur une pente où l'imagination et le besoin du merveilleux l'emportent sur une saine et vraie observation. M. Charcot le constatait avec peine. Il craignait de voir cette nouvelle partie de la science retomber dans le mépris et le dédain dont il l'avait tirée. Quelques-uns, et tout récemment encore, en ont induit que c'était jalousie ; qu'il ne voulait pas que qui que ce soit touchât aux questions qu'il avait lui-même traitées[1]. Ceux-là connaissaient peu cet homme dont la générosité scientifique était hors de pair. Ils oubliaient qu'en se hasardant dans l'étude d'un sujet discrédité, en cas d'insuccès, il s'était exposé à compromettre une renommée bien acquise, à fournir des arguments aux jaloux qui voyaient avec peine le succès toujours croissant des cours libres de la Salpêtrière. M. Charcot se souvenait que ses adver-

[1] Dans une interview des *Débats* (18 août), il est dit : « Après s'être occupé longtemps de l'*hypnotisme*, il abandonna complètement les études qu'il avait si bien commencées, sans que l'on pût jamais savoir pourquoi il avait pris cette résolution. » Le « pourquoi », nous venons de le déceler. « M. Charcot, dit la *Gaz. de France* (18 août), était prudent dans ses assertions, et c'était sa force, mais il n'admettait pas qu'on pût exploiter sans lui ce champ nouveau. C'était sa propriété, et nul ne pouvait avoir raison s'il allait plus vite. En dehors de son Eglise matérialiste il ne pouvait y avoir de salut. »

saires s'étaient fait des armes de ses recherches sur ces sciences « occultes » pour combattre sa candidature à l'Institut.

En 1882, le but poursuivi par le Maître est réalisé. Une chaire de clinique des maladies nerveuses est créée pour lui, à la Salpêtrière. Ce n'était, du reste, que la reconnaissance officielle, quoiqu'un peu tardive, d'un enseignement vivant, fonctionnant, et honorant la science française depuis seize ans. En effet, antérieurement à la consécration universitaire, M. Charcot avait été mis en possession, par l'Assistance publique et surtout par le Conseil municipal, d'installations qui avaient fait de son service un véritable *Institut neuro-pathologique*. Dans sa leçon d'ouverture, après avoir exprimé sa gratitude envers tous les corps administratifs, il ajoutait :

« Enfin, Messieurs, pour terminer cet acte de gratitude, il m'incombe un devoir qu'il me sera particulièrement doux de remplir. Ravivant d'anciens souvenirs, je viens faire appel à ceux qui me font l'honneur de se dire mes élèves — tous aujourd'hui sont devenus des maîtres ou sont en voie de le devenir — et, leur donnant une fois de plus l'assurance de mon vif et sincère attachement, je les convie à se réjouir avec nous de l'heureux succès d'une œuvre à laquelle ils ont participé [1]. »

Dans cette même leçon, il déclarait une fois de plus que « l'intervention largement acceptée des sciences anatomiques et physiologiques était une condition essentielle de progrès »; il affirmait « l'influence décisive qu'ont eue sur les progrès de la neuro-pathologie les investigations microscopiques dirigées suivant la

[1] *Progrès médical*, 1882, 29 avril.

méthode anatomo-clinique » ; il proclamait que « les principes qui régissent l'ensemble de la pathologie sont applicables aux névroses et que, là aussi, on peut chercher à compléter l'observation clinique en pensant anatomiquement et physiologiquement ».

Depuis lors jusqu'à ce jour se sont succédé, à côté de travaux sur l'hypnotisme, sur les maladies organiques du cerveau et de la moelle épinière, d'autres travaux sur l'*aphasie* au point de vue de la clinique et de la psychologie physiologique, sur l'*hystéro-traumatisme*, l'*épilepsie*, la *psychiâtrie*, les *amyotrophies*, la *cécité verbale*, l'*hystérie chez l'homme*, etc. Citons encore les deux volumes des *Leçons du Mardi* données dans les années scolaires 1887-1889, véritable chef-d'œuvre d'examen des malades, de séméiologie et de diagnostic [1], et les deux volumes. de *Clinique des maladies du système nerveux* qui réunissent ses travaux pendant les années 1889 à 1891 [2].

On a osé écrire, ignorance ou mauvaise foi, sinon les deux, que M. Charcot ne se préoccupait aucunement de guérir ses malades. Assertion absurde, car s'il en eût été ainsi, il n'aurait pas vu la foule des clients envahir son cabinet. La *thérapeutique*, comme les autres branches des sciences médicales, lui doit de nombreuses contributions. Nous relèverons les suivantes : Sur l'*Emploi et les inconvénients du nitrate d'argent*, sur le *Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les alcalins*, sur l'*Anaphrodisie produite par l'usage prolongé des préparations arsenicales*, l'*Expecta-*

[1] La traduction allemande est en cours de publication.

[2] Publiés par Georges Guinon.

tion en médecine, l'*Inopportunité de l'administration des préparations opiacées dans les cas de néphrite albumineuse ou chronique*, sur l'application des pointes de feu dans le *Traitement de la paraplégie par mal de Pott*, sur le *Traitement du vertige de Ménière par le sulfate de quinine à hautes doses*, sur le *Traitement de l'épilepsie partielle d'origine syphilitique*, sur la *Métallothérapie*, l'*Électrothérapie*, l'application des *aimants*, la *compression ovarienne*, l'*hydrothérapie*. Notons encore l'ensemble des règles qui doivent guider dans le *Traitement de l'hystérie*, qui lui a permis de rendre à la santé un grand nombre de malades et qui sert généralement de guide aux praticiens ; son admirable mémoire sur la *Foi qui guérit*, dans lequel il prouve que le « domaine du surnaturel voit tous les jours ses frontières se rétrécir sous l'influence des acquisitions scientifiques ». Ajoutons enfin que la plupart de ses leçons de clinique se terminent par un exposé du traitement [1].

M. CHARCOT fut élu membre de l'Institut en 1883 en remplacement de J. Cloquet et nommé commandeur de la Légion d'honneur en février 1892.

Ses *Œuvres complètes*, dont nous avons entrepris la publication et dont neuf volumes ont vu le jour, n'en formeraient pas moins de quinze, si elles étaient terminées. Pour indiquer en quelle haute estime ses travaux étaient appréciés à l'étranger, nous rappellerons

[1] C'est dans son service, avec son assentiment, sous sa surveillance, que, de 1871 à 1879, nous avons employé l'arséniate de potasse et le bromure de camphre dans le traitement de la paralysie agitante et de quelques autres tremblements; le bromure et l'oxyde de zinc, le sulfate de cuivre, le nitrite d'amyle, le bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie et de l'hystérie. Nous ne parlons que des médicaments qui ont fait l'objet de publications.

qu'un grand nombre d'entre eux ont été traduits en allemand, en anglais, en espagnol, en italien, en magyar et en russe. Nul, parmi les médecins contemporains, n'a eu au même degré cet honneur qui rejaillit, du reste, sur la science française.

La Salpêtrière était devenue en quelque sorte, pour lui, une seconde maison. Il s'intéressait à tout ce qui s'y faisait. C'est ainsi qu'indirectement il nous a prêté son concours pour le succès de l'École des infirmières. Nous n'en aurions point parlé si les attaques dont il vient d'être l'objet ne nous y contraignaient[1].

La Salpêtrière, en raison de sa population, de la variété des malades qu'elle renferme, vieillards, chroniques, aliénées, épileptiques, enfants, s'imposait à notre choix pour la création de la première école d'infirmières. Deux années d'internat, huit années d'assistant bénévole dans les salles de M. Charcot affectées aux épileptiques et aux hystériques, quelques services rendus pendant cette période au personnel de la maison, nous y avaient donné une certaine influence qui devait contribuer au succès de l'École. M. Charcot, qui connaissait par expérience ce qui se faisait dans les hôpitaux de Londres, encouragea dès

[1] « Le pauvre M. Charcot a été, avec M. de Bourneville, dont il subissait la pernicieuse suggestion, un des fondateurs principaux de la laïcisation des Hôpitaux de Paris... » (*La Croix*, 19 août). Dans l'*Eclair* du 23 août, Arsène Alexandre rappelle un article du « célèbre Ignotus » dans lequel M. Charcot était traité de faux savant et il ajoute : « Mais le fin du fin dans cet article... était le reproche pathétique, à Charcot, d'avoir expulsé les pauvres sœurs de charité de la Salpêtrière. Or ce reproche venait... retomber sur la propre tête de saint Vincent de Paul qui avait institué d'une façon expresse un service laïque dans cet établissement où tout le monde à l'heure présente pleure Charcot comme un ami, l'ayant vu à l'œuvre comme un maître, un surprenant maître. »

le début, par des dons généreux auxquels Mme Charcot participait et faisait participer sa famille, les infirmières à profiter des moyens d'instruction qu'on mettait à leur disposition. Il en a toujours été de même depuis 1878 jusqu'à la distribution des prix du 29 juillet dernier. Homme de progrès, comment pouvait-il se désintéresser d'une œuvre qui mettait son personnel mieux en mesure de le seconder? Il en exigeait beaucoup, et il en obtenait tout ce qu'il voulait.

Comme on le voyait s'occuper minutieusement de ses malades, leur consacrer de longues heures, chacun s'inclinait et, à son exemple, se dévouait. Tous l'aimaient. Il y aurait donc eu ingratitude de sa part, s'il n'avait, l'ocasion s'en offrant, rendu justice à tout ce personnel qui, modestement mais constamment, nuit et jour, l'aidait scrupuleusement. Cette occasion se présenta lors de la célébration du cinquantenaire des services hospitaliers de Mlle Bottard. Et pour montrer comment lui-même appréciait son personnel, nous reproduisons le passage de l'allocution, pleine de cœur, qu'aux applaudissements de tous, il prononça à cette cérémonie.

« Il y a une trentaine d'années, un peu plus peut-être, disait-il en s'adressant à sa surveillante, que vous et moi nous marchons chaque jour côte à côte, ici, dans ce grand asile des misères humaines que l'on appelle l'hospice de la Salpêtrière, traitant ou consolant de notre mieux les malades, chacun suivant ses attributions spéciales.

« Je puis donc avoir la prétention de vous bien connaître, et de pouvoir apprécier votre longue et laborieuse carrière, puisque je l'ai suivie en quelque sorte pas à pas.

« Eh bien ! je n'hésite pas à dire, et même je tiens à déclarer hautement, à proclamer publiquement, après vous avoir connu comme je vous connais, qu'à mon avis ceux qui viennent

prétendre que les surveillantes laïques des hôpitaux sont incapables de montrer, dans l'exercice de leurs fonctions, ce désintéressement absolu, ce dévouement sans bornes, ces qualités morales, quintessenciées en un mot, dont le monopole appartiendrait, suivant eux, aux surveillantes de l'autre système; ceux-là, dis-je, se trompent ou ils trompent les autres.

« Simple laïque, en effet, laïque selon la tradition de l'hospice qui remonte à 1656 (fondation saint Vincent de Paul), sans autre stimulant par conséquent que le sentiment impérieux du devoir et de la dignité personnelle, aiguisés, il est vrai, chez vous, par une sympathie profonde pour les déshérités, les incurables, les difformes au physique comme au moral, les malheureux de tout genre en un mot; n'avez-vous pas pendant plus de cinquante ans, sans bruit, modestement, sans visées autres que la satisfaction de votre conscience, sans autre soutien que votre cœur ardent pour le bien ; n'avez-vous pas, dis-je, mené cette vie d'abnégation et de sacrifice que commandait le poste d'honneur qui vous était confié ? »

Ce n'est pas seulement envers ses modestes auxiliaires, surveillantes et infirmières que, lui et les siens, manifestaient leur bienfaisance : c'était encore envers les vieilles femmes, les incurables, envers les malades de son service, envers les malades sorties. Que de fois nous et ses autres élèves, nos amis, nous avons servi d'intermédiaire pour des actions de ce genre!

Sa libéralité envers ses élèves immédiats et même envers tous les étudiants qui se présentaient n'a jamais été dépassée par personne. Ce n'étaient pas des sujets banaux qu'il donnait, c'étaient parfois des sujets tout à fait originaux : telles la sclérose en plaques, les arthropathies, la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale, etc.

Il donnait le sujet, traçait le plan, fournissait les observations et de plus les notes bibliographiques nécessaires à l'historique de la question, quand ce n'était pas le résumé analytique fait par lui de ces

travaux. Sachant l'allemand et surtout l'anglais qu'il parlait, il s'est toujours tenu d'une manière très exacte au courant de la science, et se plaisait à rendre à chacun la justice qui lui était due : tous ses travaux en témoignent. Sa bibliothèque fournissait aussi son contingent.

Il nous est impossible de dire, d'une façon exacte, le nombre des thèses de doctorat, des mémoires et des thèses d'agrégation auxquels il a apporté son tribut. En était-il toujours récompensé comme il le méritait et comme ç'aurait été justice? Non! Mais cela ne l'a jamais arrêté et sa générosité scientifique n'a jamais faibli. Elle avait encore d'autres conséquences, c'était de créer parmi ses internes une véritable émulation dans cette voie de libéralité scientifique. C'est ainsi qu'il a créé l'École de la Salpêtrière « qui rayonne sur le monde médical entier[1], et dont le développement progressif et l'avenir reposent sur des assises inébranlables et sur une pléiade de disciples dignes du maître et de son œuvre[2]. »

Ses anciens internes devenaient ses amis, faisaient partie de sa famille. Il les aidait dans leurs travaux, les soutenait dans leurs luttes. Il partageait leurs soucis et leurs angoisses et était profondément affecté quand l'un d'eux était victime de l'injustice du sort... et des hommes. L'ingratitude lui brisait le cœur.

[1] Laborde. — *Tribune médicale*, 24 août.

[2] « A l'étranger, lisons-nous dans la *Gaz. des Hôpitaux* (25 août), l'autorité de M. Charcot n'était pas discutée, il était, sans contestation, estimé comme un des maîtres de la médecine. Les étrangers avaient plus que nous la reculée voulue pour juger ce grand homme ; son ombre ne les gênait pas comme quelques-uns de ses compatriotes. Nous pensons que la postérité confirmera ce jugement et il restera dans la série des âges l'un des plus grands parmi les médecins. »

Nous avons essayé, bien imparfaitement, d'esquisser à grands traits la vie scientifique de M. Charcot. Le temps et l'espace nous font défaut pour définir et apprécier à leur juste valeur les faces multiples de ce vaste génie. Mais il est un côté que, même dans cette courte notice, nous ne saurions laisser dans l'ombre. C'est que ce savant de premier ordre, ce savant qui, à juste titre, peut être considéré comme un de ces phares éclatants mais rares, placés de loin en loin sur la route de l'humanité pour en guider la marche vers le progrès, était en même temps un philosophe, esprit d'élite, un artiste dans la plus haute et la plus entière acception du mot.

Il connaissait les Musées d'Europe comme peu les connaissent, même parmi ceux qui font profession d'art, et bien des fois, dans les causeries familières de ses réceptions, nous l'avons vu étonner les gens du métier par l'étendue de ses connaissances spéciales. Il eût fait l'expert en peinture le plus fin et le plus sûr. C'était un jeu pour lui que de deviner au premier coup d'œil la signature d'un tableau, et plus d'une fois, chez les clients, la consultation faite, l'artiste curieux et chercheur qui n'abdiquait jamais complètement en lui, se révélait et d'un mot définissait — diagnostiquait pour ainsi dire — les différents tableaux que le hasard avait placés sous ses yeux.

Il aimait l'art comme il aimait la science. Et il apportait dans son étude les mêmes méthodes faites de logique et de clarté. Il n'admirait pas s'il ne comprenait pas. A ses yeux, les qualités artistiques faciles et brillantes n'avaient aucune valeur si elles ne reposaient sur des connaissances sérieuses et approfondies de l'art

et de ses procédés techniques. Il considérait le dessin comme la base fondamentale de la peinture et le travail comme la condition première de toute œuvre d'art. Ce n'est pas qu'il dédaignât la couleur, il avait pour Delacroix une admiration profonde et gardait comme un trésor, dans un tiroir de son bureau, un album original de ce maître, rempli d'aquarelles et de croquis pris au Maroc[1].

Son éducation musicale n'était pas moindre. Suivant toujours les mêmes tendances de son esprit, les écoles nouvelles ne l'attiraient point. Il avait gardé ses préférences pour Glück, Beethoven et Weber.

En littérature, il avait trois auteurs favoris, dont il ne se lassait jamais de relire les ouvrages, et qu'il citait d'ailleurs volontiers à ses cours, c'étaient Shakespeare, Dante et Rabelais.

Mais il n'est pas sans intérêt d'ajouter qu'en fait de dessin et de peinture il ne se contenta pas seulement d'admirer, il pratiqua lui-même et non sans succès. On a parlé bien des fois des dessins qu'il montrait à ses cours, qui illustraient ses livres, et de ces rapides esquisses dont il couvrait d'une main distraite les feuilles blanches placées devant lui aux examens et aux concours. De chacun de ses nombreux voyages il rapportait des albums couverts de notes et de croquis.

Chez lui, même, il aimait à employer ses rares loisirs à des travaux d'art. Il copia deux fois les célèbres émaux de Léonard Limousin, représentant les douze apôtres, une première fois sur faïence à grand feu, presque dans la taille de l'original[2]; une deuxième

[1] Ce précieux album lui avait été cédé par M. Burty.
[2] Trois de ces panneaux décorent la cheminée monumentale de son bureau à sa maison de Neuilly.

fois, en plus petit, sur un émail sur cuivre, et ces émaux font partie d'un délicieux petit meuble Renaissance en bois noir. Il reproduisit la Danse des Fous d'Albert Dürer sur de grandes plaques de faïence qui ornent l'une des façades de son hôtel à Paris. Il peignit un service complet en porcelaine avec les croquis originaux de ses voyages, etc., etc.

Ceux qui ont visité ses deux maisons, celle du boulevard Saint-Germain et celle de Neuilly, peuvent se faire une idée de ce qu'était l'esprit fin et délicat qui avait su créer de tels milieux. On pourrait presque dire qu'il avait fondé chez lui une véritable école d'art décoratif. Rien de banal dans ce mobilier somptueux, dans cet ensemble à la fois si harmonieux et si varié. Partout on retrouve ses goûts, ses préférences, partout se révèle la note personnelle et originale du Maître. Ces mille objets, ces meubles même, parmi lesquels se trouvent de vraies merveilles artistiques, ont leur histoire : ce sont des souvenirs de voyages, des spécimens intéressants à divers titres ; mieux que cela, ce sont des œuvres originales fabriquées par lui ou autour de lui. Car sous son inspiration, sous sa direction à vrai dire, sa femme, sa fille, Mlle Jeanne Charcot, ont cultivé avec une ardeur infatigable et avec un véritable succès les arts les plus variés, arts du feu, arts du métal, arts plastiques, etc. Pour n'en citer qu'un exemple, les peintures décoratives du plafond de son magnifique cabinet de travail à Paris ont été entièrement exécutées par Mme Charcot sur les indications de son mari. Il aimait l'art sous toutes ses formes et il a su faire de ses appartements un véritable musée d'art intime où se lit la vie de la famille. Mais il n'était

point un collectionneur ni un classeur. Avant tout il voulait jouir des objets qu'il accumulait autour de lui. C'était un artiste, un dilettante.

De telles qualités artistiques ne pouvaient nuire au savant. Elles n'ont fait que le compléter [1].

Dans ses conversations scientifiques, dans ses cours surtout, l'artiste se révélait, qui savait donner à ses démonstrations un relief extraordinaire. Dans l'art de professer il n'eut point d'égal, et là était le secret de son originalité. Il sut donner dans la science une place importante et légitime au document figuré. Enfin il laisse deux études remarquables bien connues : « *Les démoniaques dans l'art* et les *Difformes et les malades dans l'art*, » dans lesquelles l'art et la science ont leur part [2]. M. Charcot fut certainement en ce temps-ci la personnalité la plus haute, dont l'existence tout entière montre à quel point la science et l'art, loin de se nuire, sont rattachés l'un à l'autre par de secrètes et étroites affinités.

Toutes les préoccupations de M. Charcot, dans ces

[1] « Charcot, écrit Arsène Alexandre, était un grand artiste. On le lui a bien assez reproché jadis pour qu'on lui en fasse gloire aujourd'hui et c'est, et ce sera comme un grand artiste qu'il apparaîtra aux profanes que nous sommes pour la plupart ou aux sceptiques qui ne peuvent s'empêcher de remarquer que les plus grands médecins meurent. L'art a puissamment aidé sa carrière, et beaucoup plus qu'il ne lui a nui. Tout était d'un art exquis et parfait, et si son enseignement était, comme l'affirment les spécialistes, d'une grande supériorité, chacun pouvait voir que sa personne était d'une grande beauté, ce qui est une supériorité plus difficile encore à conquérir et plus rare que le plus profond de la science. » (*L'Eclair* du 23 août).

[2] En collaboration avec notre ami P. Richer que nous remercions des notes qu'il a bien voulu nous envoyer. — Signalons aussi trois articles plus anciens : *De quelques marbres antiques concernant les études anatomiques* ; — *Représentation d'après nature de la danse de Saint-Guy, par P. Breughel;* — *Esquisse de Rubens représentant une démoniaque.*

derniers temps, étaient tournées vers les siens, vers son fils Jean, en particulier, dont l'avenir scientifique le préoccupait et qu'il voulait assurer avant de mourir. Il n'est plus là pour agir. Mais l'illustre mémoire du père, le souvenir des immenses services qu'il a rendus feront aux élèves du Maître le devoir — et ils n'y manqueront pas — de se substituer à lui dans la direction qu'une mort brutale l'empêche d'exercer. Jean, d'ailleurs, par son intelligence, par ses connaissances acquises sous les yeux d'un tel père, par son amour du travail est de ceux qui sauraient au besoin se diriger eux-mêmes. Il profitera des innombrables matériaux accumulés par le Maître et que sa modestie a empêché de mettre au jour, de ses Recueils de pensées et de citations choisies, fruit de ses lectures quotidiennes des œuvres des médecins, des littérateurs et des philosophes de tous les pays, composés avec tout son amour paternel : « Jean, disait-il à Mme Charcot, sera heureux de feuilleter ces volumes, et il connaîtra mieux son père. »

Reçu dans l'intimité du Maître depuis vingt-cinq ans, associé à la publication de ses travaux, à ses luttes scientifiques et administratives ; témoin de l'affection profonde qui l'unissait à son infortunée compagne, dont la vie était confondue avec la sienne, et à ses dignes enfants, Jeanne et Jean, devenus nos meilleurs amis ; témoin de son bonheur au milieu des siens et de ses élèves qu'il considérait comme des membres de sa famille, nous avons parfois frémi d'effroi à la pensée d'un malheur qui surviendrait inopinément, avant le temps, dans ce milieu d'affection. Ce malheur, hélas ! est arrivé.

Lorsqu'on lit son Mémoire de la fin de 1892, pensé avec une si haute élévation de vues, écrit avec tant de simplicité et d'élégance, sur *La foi qui guérit*, et son Rapport tout récent sur la candidature de Lister, à l'Académie des sciences, si net, si précis, si équitable, on comprend que sa carrière n'était pas achevée, qu'il avait conservé la plénitude de ses facultés intellectuelles, de son génie, qu'il pouvait encore doter son pays d'œuvres originales, inspirer et guider de nouvelles générations. On se rend compte que l'homme qui a écrit ces pages n'était pas fini comme des lettres infâmes et lâches, dont il s'affectait trop, hélas! le lui annonçaient pérodiquement. Maudit soit leur criminel auteur !

L'œuvre du Maître est solide, impérissable, parce qu'elle repose non sur des hypothèses plus ou moins exactes, sur des théories ou des systèmes plus ou moins ingénieux, mais sur une observation sévère, complète, peinture fidèle de la réalité. Plus sûrement encore que le bronze qui l'attend, ses nombreuses découvertes, qui en ont fait un homme de génie, perpétueront son nom dans l'avenir [1].

En J.-M. Charcot, la Science perd une de ses gloires les plus pures, la France un patriote ardent et passionné et une de ses plus nobles illustrations.

Bourneville.

[1] « Les funérailles de M. Charcot avaient un caractère familial, dit notre ami Ch. Eloy, dans la *Revue gén. de clin. et de thérapeutique*... A défaut des pompes officielles que ce grand médecin ne voulait point, la France ou — ce qui est différent parfois — le gouvernement qui administre notre pays, lui devait un deuil national. Sa mémoire respectée survivra certainement sans avoir reçu les honneurs du Panthéon. Cependant, avouons-le, la République et la Ville de Paris n'auront acquitté leur dette que le jour où elles perpétueront devant l'étranger,

TRAVAUX DE M. CHARCOT.

Nous n'avons pu indiquer, dans l'article qui précède, que les principaux travaux de M. Charcot, et encore en avons-nous certainement omis, écrivant loin de Paris. Son *Exposé de titres*, qui date de l'époque où il avait été nommé membre de l'Institut (1883), forme un volume de 200 pages. Nous nous bornons à indiquer les travaux du Maître, de 1883 à ce jour [1].

§ I. — Travaux publiés dans les Archives de Neurologie.

Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques ; du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire (en collaboration avec Richer), 1881-82-83 ; — *Inversion du sens génital* (en collaboration avec Magnan), 1882 ; *Affections osseuses et articulaires du pied chez les tabétiques* (en collaboration avec Féré), 1883 ; — *Deux nouveaux cas de sclérose latérale amyotrophique suivis d'autopsie* (en collaboration avec Marie), 1885 ; *De l'Onomatomanie* (en collaboration avec Magnan), 1885 ; — *Deux nouveaux cas de sclérose latérale amyotrophique suivis d'autopsie* (en collaboration avec Marie), 1885 ; — *Rapport médico-légal sur Annette G...* (en collaboration avec Brouardel et Mottet), 1886 ; — *Rapport présenté à M. le Ministre de l'Intérieur au sujet de l'aliéné Mistral* (en collaboration avec Pierret), 1888 ; — *Sur un cas de paraplégie diabétique*, 1890 ; — *Sur un cas d'hystérie simulatrice du syndrome de Weber*, 1891 ; — *A propos d'un cas d'hysterie masculine : 1° paralysie dissociée du facial inférieur d'origine hystérique ; 2° cumul de facteurs étiologiques ; traumatisme, alcoolisme, hérédité nerveuse*, 1891 ; — *Sur un cas de paralysie radiculaire de la première paire dorsale, avec lésion hémilatérale de la moelle, d'origine traumatique simulant la syringomyélie* ; — *Toux et bruits laryngés chez les hystériques, les choréiques, les tiqueux et dans quelques autres maladies des centres nerveux*, 1892 ; — *Sur un cas de paralysie générale progressive à début très précoce*

par un monument ou une institution durables, le nom illustre et les immortels travaux de ce grand Français. A défaut de l'initiative officielle, nous demandons que l'initiative privée satisfasse promptement à ce noble et patriotique devoir. » L'idée de M. Eloy était dans l'esprit de tous. Un comité d'organisation composé de ses élèves, des représentants de la presse médicale, des Sociétés savantes, d'artistes, etc., va se former pour la réaliser. Dès maintenant, à l'occasion, le *Progrès médical* recevra les souscriptions.

[1] On trouvera au *Bulletin bibliographique* l'indication des volumes parus des Œuvres complètes et des derniers ouvrages de M. Charcot.

(en collaboration avec Dutil), 1892; — *De l'Onomatomanie* (en collaboration avec Magnan), 1892; — *La foi qui guérit*, 1893; — *Sclérose latérale amyotrophique ou amyotrophie hystérique? difficultés de diagnostic*, 1893.

§ II. — Travaux publiés dans le Progrès Médical.

1884 : *Hémiplégie hystérique.* — 1885 ; *Revision nosographique des atrophies musculaires progressives ; Tremblements, mouvements choréiformes et chorée rhythmée ; A propos de six cas d'hystérie chez l'homme ; Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique, de cause traumatique, chez l'homme.* — 1886 : *Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique chez l'homme* ; *Sur un cas de concracture spasmodique d'un membre supérieur survenu chez l'homme, en conséquence de l'application d'un appareil à fracture ; Cas de mutisme hystérique chez l'homme.* — 1887 : *Deux nouveaux cas de paralysie hystéro-traumatique chez l'homme ; La maladie de Friedreich ; Sur la claudication intermittente par oblitération artérielle* ; *Hystérie et syphilis ; De l'influence d'une maladie ou d'une intoxication antérieure sur le mode de localisation et sur la forme des accidents hystériques.* — 1888 : *Arthralgie hystéro-traumatique du genou.* — 1890 : *De la maladie de Morvan ; Sur un cas d'hystéro-traumatisme ; Monoplégie brachiale hystérique développée à la suite d'une fracture du radius ; Sur un cas de migraine ophtalmique ; Des tremblements hystériques ; L'œdème bleu des hystériques.* — 1891 : *Des formes frustes de la sclérose en plaques.* — 1892 : *Un calculateur prodige : Inaudi ; La médecine vibratoire ; Application des vibrations rapides et continues au traitement de quelques maladies du système nerveux.* — 1893 : *Amyotrophies spinales réflexes d'origine abarticulaire ; Arthropathies syringomyéliques et le syndrome paralysie labio-glosso-laryngée progressive dans le tabes.*

§ III. — Travaux publiés dans la Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.

En collaboration avec Paul Richer, les articles suivants : 1888 : *Le Mascaron grotesque de l'église de Santa Maria Formosa, à Venise, et l'hémispasme glosso-labié hystérique ; Les infirmes d'une ancienne Fresque de Florence ; Le paralytique de Raphaël ; Les aveugles dans l'art ; Les Syphilitiques dans l'art.* — 1889 : *De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive et de quelques autres maladies du système nerveux ; Les malades dans l'art.* — 1890 : *Deux bas-reliefs de Nicolas de Pise ; La « Transfiguration » du Sacro Monte di Varallo (Valsisie).* — 1891 : *« Les pestiférés de Jaffa » par Gros* ; *Deux dessins de lépreux par Hans Burgkmair ; — Quatre gravures de Hans Burgkmair.* — 1892 : *La ventouseuse par Quiryng*

Brekelenkam. — 1893 : *La danse macabre du Bar.* — En 1892, il publia une leçon sur les *Arthropathies coxo-fémorales au début du tabes ataxique.*

§ IV. — Travaux publiés dans les autres journaux.

Revue de médecine : Étude critique et clinique de la doctrine des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères cérébraux de l'homme (en collaboration avec Pitres, 1883) ; — *Sur une forme particulière d'atrophie musculaire progressive* (en collaboration avec Marie, 1886) ; — *Sur un cas d'anmésie rétro-antérograde probablement d'origine hystérique* (1892).

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie : De 1884 à 1889 inclus, il ne publia aucun travail ; en 1890, il publia : *Sur la paralysie faciale d'origine auriculaire* (leçon recueillie par Blocq); *De la paraplégie du mal de Pott* (ibid.) ; — 1891 : *Epilepsie partielle crurale et tuberculose de la région paracentrale :* — 1892 : *Paralysie générale chez l'adolescent* (leçon recueillie par Blocq) ; — *Existe-t-il un tremblement mercuriel ?* (ibid.). — 1893 : *Le somnanbulisme hystérique spontané considéré au point de vue nosographique et médico-légal* (leçon recueillie par Dutil).

Semaine médicale : Hystérie chez l'homme ; Hystérie et tics, diagnostic (1886) ; — *Spasme glosso-labié unilatéral des hystériques ; Diagnostic entre l'hémiplégie capsulaire et l'hémiplégie hystérique ; Des paralysies hystéro-traumatiques chez l'homme* (1887) ; — *Sciatique, neurasthénie et hystérie* (1888) ; — *Epilepsie, hystérie et morphinomanie ; De la maladie de Morvan* (1889) ; — *Sclérose en plaques et paralysie générale ; Arthropathies précoces dans le tabes dorsalis ; Sur un cas de monoplégie brachiale chez l'homme, présentant des difficultés de diagnostic ; La médecine vibratoire : Application des vibrations rapides et continues au traitement de quelques maladies du système nerveux* (1892).

Bulletin médical : Rétractions fibro-tendineuses dans les paralysies spasmodiques par lésions organiques spinales et dans la contracture spasmodique hystérique (pied bot hystérique) ; *Hémianopsie hystérique et hémianesthésies toxiques* (1887) ; — *Attaque de sommeil hystérique ; Des tics et des tiqueurs* (1888) ; — *Nouveaux signes de la maladie de Basedow ; Accès d'automatisme ambulatoire de nature comitiale ; Abasie à forme trépidante à la suite de l'intoxication par l'oxyde de carbone ; Amyotrophie spinale à forme scapulo-humérale, comme conséquence d'une paralysie infantilé contractée 35 ans auparavant ; De la syringomyélie ; Des accidents nerveux provoqués par la foudre* (1889) ; — *Traitement du vertige de Ménière* (1890) ; — *Un cas de syphilis cérébrale héréditaire tardive ; Encore deux cas de syphilis*

cérébrale ; Sur un cas de claudication intermittente par oblitération artérielle probablement d'origine syphilitique (1891) ; — *Formes cliniques des névrites périphériques* (1892).

Tribune médicale. 1891 : *Des tics et des tiqueurs* ; — *La Gazette des hôpitaux* et le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, ont publié de nombreuses analyses des leçons de M. Charcot.

TITRES HONORIFIQUES DE M. CHARCOT

M. Charcot a été nommé membre adjoint de la *Société anatomique* le 16 mars 1849, président de 1872 à 1881, président honoraire en 1882.

Membre de la *Société de biologie* en 1851, vice-président de ladite Société, en 1860 ;

Membre de l'*Académie de Médecine de Paris* en 1872 ;

Membre correspondant de la *Société royale des Sciences naturelles de Bruxelles*, en 1874 ;

Membre correspondant de la « *New-York Society of Neurology and Electricity* », en 1874 ;

Membre honoraire de la *Société clinique de Londres*, en 1874 ;

Membre correspondant de la *Société royale de Médecine de Buda-Pesth*, en 1876 ;

Membre correspondant de la *Société impériale de Médecine de Vienne*, en 1878 ;

Membre honoraire de la « *Harveian Society* » (Londres), en 1878 ;

Membre correspondant de la *Société pathologique de Londres*, en 1878 ;

Membre associé étranger de la *Société médico-chirurgicale d'Edimbourg*, en 1878 ;

Membre honoraire de la *Société physico-médicale d'Erlangen*, en 1878 ;

En 1879, 1880 et 1881, M. Charcot a été nommé :

Membre correspondant de l'*Académie royale de médecine de Belgique ;*

Membre honoraire de la *Société des sciences naturelles et médicales de Dresde ;*

Membre honoraire de la *Société médicale de Finlande* (Helsingfors) ;

Membre de l'*Association médico-psychologique de Londres ;*

Membre honoraire étranger de la *Société médico-physique Florentine* (1881) ;

Membre correspondant de l'*Académie de médecine de New-York ;*

Membre honoraire de la *Société psychiatrique de Saint-Pétersbourg ;*

Membre de la *Société des médecins Russes de Moscou ;*

Membre honoraire de la *Société des sciences médicales de Lisbonne ;*
Membre honoraire de la *Société de médecine de Londres;*
Membre honoraire de l'*Académie royale de médecine de Rome ;*
Membre honoraire de l'*Association neurologique Américaine.*

L'Académie des Sciences (Institut de France) a décerné à M. Charcot un prix de 2,500 francs dans le concours Montyon, médecine et chirurgie, de l'année 1880, pour l'ouvrage intitulé *Les Localisations dans la maladie du cerveau et de la moelle épinière.*

M. Charcot a été nommé : Docteur honoraire (*Ehrendoctor*) de la Faculté de Würzbourg à propos du 300e anniversaire (Jubilé) de la fondation de l'Université de cette ville en juin 1882[1].
Membre honoraire de la Société médicale Royale d'Edimbourg en mars 1882.
Membre honoraire de la « *Royal Irish Academy* » (Académie des Sciences de Dublin) en mars 1883[2].
Membre correspondant de l'*Académie de médecine de Rio-de-Janeiro* (1883) ;
Membre de la *Société de médecine de Suède* (1883) ;
Membre correspondant étranger de la *Société de médecine publique de Belgique* (1883);
Membre de l'*Academia frenopatica española* (1883) ;
Membre de l'Institut (Académie des sciences), en 1883.

De 1884 à ce jour, M. Charcot a été nommé :
Membre correspondant de l'*Académie royale des sciences de Lisbonne* (1884) ;
Membre de l'*Université de Kief* (1884) ;
Membre honoraire de l'*Académie de médecine d'Irlande* (1885);
Membre de l'*Académie des sciences de Bologne* (1885) ;
Membre de l'*Académie royale des sciences de Suède* (1887) ;
Membre honoraire du *King and Queen College of Physicians Ireland* (26 juillet 1887);
Membre honoraire de la *Société française d'hygiène* (1887) ;
Membre de la *Trinity historical Society, Dallas, Texas* (1887);

[1] J.-M. Charcot... qui novam doctrinam de curatione atque experimentis pathologiæ nervorum adhibendis admirabili ingenio invenit præterea totam morborum cohortem libris suis quibus varias, tam anatomicas quam curationis vias feliciter explanavit medicis omnibus utiliter illustravit.
[2] ... for his important researches in pathological anatomy and physiology, especially of the central nervous system...

Membre honoraire étranger de la *Société médicale de Norvège* (1887) ;

Docteur de l'*Université de Bologne* (1888) ;

Membre honoraire de la *Société impériale de médecine de Constantinople* (1889) ;

Membre de l'*Academia medico-chirurgica de Perugia* (1889) ;

Membre de la *Société impériale de médecine du Caucase* (1889) ;

Membre de la *Société du College of Physicians* de Philadelphie (25 mars 1889) ;

Membre de la *Société royale des sciences d'Upsala* (1889) ;

Membre de l'*Institut historique, géographique et ethnographique du Brésil* (1889) ;

Vice-président d'honneur de la *British Hypnotic Society de Londres* (1889) ;

Membre de la *Société médico-légale de New-York* (1889) ;

Membre correspondant de l'*Instituto Veneto di scienze, lettere ed arti* (1889) ;

Membre de la *Société de médecine de Vienne* (1890) ;

Membre de l'*Université de Dublin* (1891) ;

Membre de l'*Académie des sciences, des lettres et des arts de Padoue* (1891) ;

Membre de la *Société des neurologistes de Moscou* (1891) ;

Membre honoraire de la *Société médico-psychologique néerlandaise* (1891).

OBSÈQUES DE M. LE Pr CHARCOT

La cérémonie des obsèques du professeur Charcot a été célébrée samedi matin, 19 courant, à dix heures, à la Salpêtrière.

Le porche de l'hôpital était décoré de tentures noires avec cartouches à l'initiale C..., ainsi que le portique et l'intérieur de la chapelle.

Le catafalque était dressé au milieu du chœur; sur le cercueil étaient placés le chapeau et l'épée d'académicien ainsi que la robe de professeur de M. Charcot. Auprès du catafalque étaient assis les personnages chargés de tenir les cordons du poêle: MM. Joseph Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; Brouardel, doyen de la Faculté de médecine ; Cadet de Gassicourt, de l'Académie de médecine ; Hanot, délégué de la Société médicale des hôpitaux ; Derouin, secrétaire général de l'assistance publique ; Galippe, délégué de la Société de biologie ; Marie, délégué de la Société anatomique ; Joffroy, représentant les élèves de Charcot ; Legendre, représentant ses amis et ses camarades ; Londe, représentant le corps des internes des hôpitaux de Paris.

Des places étaient réservées dans le chœur : à droite, pour les membres et les amis de la famille ; à gauche, pour les représentants de l'Institut, de l'Académie et de la Faculté de médecine.

Le deuil était conduit par MM. Jean Charcot, Martin Charcot, le commandant Charcot, fils et frères du défunt, et Waldeck-Rousseau. On sait que Mme Waldeck-Rousseau est la belle-fille de M. Charcot. Elle assistait à la messe avec Mme et Mlle Charcot qui avaient eu le courage d'assister à cette poignante cérémonie.

Parmi les nombreuses personnalités du monde scientifique, médical, littéraire et de l'Administration qui assistaient à cette triste cérémonie, nous avons remarqué : MM. Sainsère, représentant M. le Président du Conseil ; M. Payelle, représentant M. le Ministre de l'Instruction publique ; M. Poubelle, préfet de la Seine ; M. Lépine, préfet de police ; MM. Faye, Sappey, Grandidier, Lœvy, membres de l'Institut ; MM. Larrey, Daremberg, Javal, Lagneau, Lancereaux, membres de l'Académie de Médecine ; MM. Bouchard, Cornil, Debove, Farabeuf, Fournier, Guyon, Proust, Germain Sée, Straus, Tillaux, Verneuil, professeurs à la Faculté de Médecine ; M. le professeur Pierret, de la Faculté de Lyon, M. le Professeur Pitres, de la Faculté de Bordeaux ; MM. Brissaud, Chantemesse, Charrin, Dejerine, Landouzy, Poirier, agrégés à la Faculté de Médecine ; MM. Babinski, Balzer, Bourneville, Champetier de Ribes, Charpentier, Deny, Falret, Charles Féré, Gilles de la Tourette, Luys, J. Voisin, médecins des Hôpitaux ; M. Duflos, directeur des services pénitentiaires au Ministère de l'Intérieur ; M. le Dr Bajenow, délégué de la Société des Neurologistes et Aliénistes de Moscou ; M. le Dr Cherchewsky, délégué de l'Académie impériale de Pétersbourg ; MM. Imard et d'Echérac, inspecteurs de l'Assistance publique ; M. Charles Quentin, ancien directeur de l'Assistance publique ; M. Kæmpfen, directeur des Musées nationaux ; M. Tony Révillon, député de la Seine ; MM. Paul Arène, Charlier-Thabur, L. Heuzey, Gley ; MM. Le Bas, directeur de la Salpêtrière, Magnan, Malassez, Bouchereau, Kéraval, J. de Rothschild, Soury, Spuller, P. Strauss, Weiss, Yvon ; MM. les D^rs^ Kœnig, Hubert, Nattier, etc., etc.

Le service funèbre a commencé, à dix heures, dans la chapelle toute tendue de deuil avec un goût qui fait honneur à la

maison de Borniol. La nef était occupée par la Société médicale des hôpitaux, la Société de biologie, la Société anatomique, les internes et les élèves du défunt, une délégation de l'Association des étudiants et beaucoup de dames. Dans les chapelles latérales étaient massés le personnel et tous les pensionnaires valides de l'établissement.

La cérémonie religieuse a été célébrée par M. l'abbé Girou, curé de Saint-Marcel, qui a donné l'absoute. Pendant l'office, la maîtrise de Saint-Sulpice, dirigée par son maître de chapelle, M. Bellenot, a exécuté le chant du *De Profundis*. Ensuite ont été exécutés : la marche funèbre de la *Symphonie héroïque* de Beethoven, le *Kyrie* de Niedermeyer, le *Dies iræ*, le *Sanctus* de Bellenot, le *Pie Jesu* de Saint-Saëns, l'*Agnus* de Blaye et le grand *Libera* de Théodore Dubois. Les solistes étaient : MM. Martin, Brette et Engel, de l'Opéra. Le grand orgue, à l'entrée et à la sortie, a été tenu par M. Bellenot.

Au moment où le cortège s'est mis en route sous une pluie battante, les honneurs militaires ont été rendus par le bataillon du 103e de ligne dont la musique a joué une marche funèbre. Derrière le corps, venait, précédant la famille, une délégation des surveillantes, sous-surveillantes et infirmières de la Salpêtrière. On remarquait beaucoup les voitures de l'Institut et celles de la Faculté de médecine, où avaient pris place les professeurs et le massier portant la masse recouverte d'un crêpe.

Le cortège a gagné le cimetière Montmartre, où a eu lieu l'inhumation, en prenant le boulevard de l'Hôpital, le pont d'Austerlitz, la place de la Bastille, le boulevard Magenta et le boulevard Rochechouart.

Malgré le désir qu'avait souvent exprimé M. Charcot de ne pas avoir de fleurs sur son cercueil, de superbes couronnes avaient été envoyées, notamment par les internes de M. Charcot, les internes de la Salpêtrière, les internes en pharmacie, la direction et le personnel de la Salpêtrière, l'Association des étudiants, et par des amis et collègues du défunt. Mais ces couronnes n'ont pas été placées sur le cercueil ; elles ont été transportées au cimetière par une voiture qui ne faisait pas partie du cortège.

J. Dauriac.

THÉRAPEUTIQUE

DE L'ACTION SÉDATIVE DE LA DUBOISINE A DOSES CONTINUES CHEZ LES ALIÉNÉS

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL.

Depuis bientôt deux ans la duboisine est préconisée dans la folie soit comme hypnotique, soit comme sédatif. Elle a déjà inspiré un nombre assez considérable de travaux, surtout à l'étranger. C'est ainsi qu'en Allemagne, Ostermayer, Prusinger Lewald, Vacke et Mendel ; en Italie, Belmondo, Pisita, Bianchi, de Sarlo, Bernardini, Verranzio et Silvatico Estuni; en France, Mabille et Lallemand seuls, chez nous, à ma connaissance, ont tour à tour vanté son action somnifère ou ses propriétés calmantes. Mon intention n'est point de passer en revue les résultats obtenus par ces aliénistes, car ce mémoire est un travail exclusivement clinique destiné à faire connaître ce qu'une longue et minutieuse expérimentation dans mon service de Ville-Evrard m'a permis de constater par moi-même quant aux effets à doses continues de ce médicament, jusqu'à présent si peu étudié dans notre pays, dans l'agitation diurne des vésaniques et des paralytiques, me réservant de relater plus tard, dans d'autres études, mes constatations relatives à son influence durant le jour à doses espacées et à son influence narcotique durant la nuit.

J'ai administré la duboisine dans la journée à doses continues comme calmant à 35 aliénés, savoir : 11 paralysés généraux, 10 maniaques et 14 lypémaniaques. Je dirai tout de suite que cette substance fut un merveilleux sédatif; peu ou prou elle apaisa toujours et dans tous les cas l'agitation et souvent substitua une tranquillité parfaite à la surexcitation la plus violente. Et ce n'est pas, telle l'hyoscine par exemple,

en paralysant les muscles volontaires et en mettant par là les sujets dans l'impossibilité physique de crier, de gesticuler et de marcher; ce n'est pas davantage en les narcotisant à l'instar du somnal, car le sommeil dans la journée, loin d'avoir été constant, ne s'est montré qu'exceptionnellement une heure ou deux au cours de l'après-midi, malgré les propriétés hypnotiques incontestables du médicament, qui, dans le jour, semblaient annihilées par le bruit et le mouvement du milieu, et avoir besoin, pour se manifester, du calme de la nuit et du séjour au lit ; non, c'est en calmant directement, paraît-il, la cellule nerveuse cérébrale en éréthisme qu'elle amena l'apaisement, tout en lui laissant ainsi qu'à la cellule bulbo-spinale leur libre exercice, de telle sorte qu'on assistait à ce spectacle d'un maniaque dont la fureur tombait comme par enchantement et qui s'adonnait aux soins du ménage. Et encore ne l'ai-je expérimentée que sur des hommes beaucoup moins sensibles, dit-on, que les femmes à son action.

La sédation amenée par la duboisine n'atteignit pas toujours d'emblée toute son intensité; il n'était pas rare qu'elle ne se montrât complète que le second jour, parfois même le troisième. Cependant une fois produite, elle persistait assez régulièrement tant que l'accoutumance n'avait pas apparu; jusqu'à ce moment l'efficacité du médicament se maintenait d'ordinaire au même taux et les sujets ne passaient guère par des alternatives de bonnes et de mauvaises journées. En outre il arriva encore assez fréquemment que le mieux ainsi obtenu se prolongeât quelques jours encore après l'abandon de la médication et même qu'une période plus ou moins longue de calme s'établit. A cet égard, nous trouvons dans nos observations, les constatations suivantes : chez 8 vésaniques qui suivirent la médication continue et la cessèrent alors qu'aucun indice d'accoutumance n'avait encore apparu le calme a persisté plus d'un mois chez cinq, vingt jours chez un et neuf jours chez un autre; une fois seulement il n'a pas duré plus de vingt-quatre heures; de deux paralytiques, dans les mêmes conditions, l'un a été tranquille, lui aussi, durant plus d'un mois. Avec la médication interrompue à doses espacées dont les résultats complets feront l'objet d'un autre mémoire et arrêtée également sans trace d'accoutumance, sur 11 vésaniques, trois se sont agités immédiatement, un après vingt-quatre heures, un après trois jours, trois après une semaine,

deux après douze jours et un au bout d'une quinzaine; de deux paralytiques généraux, un a mis trois jours à s'exciter, le second est retombé tout de suite dans son état antérieur. D'une manière générale il résulte de cet exposé que la durée de la période de tranquillité, après abandon du remède, a été dans 22 cas de : plus d'un mois, 6; vingt jours, 1; quinze jours, 1; douze jours, 2; neuf jours, 1; huit jours, 3; trois jours, 1; un jour 2; nulle 5. Il est donc incontestable qu'après la suppression du médicament, le plus souvent la sédation produite se maintient plus ou moins longtemps. Il n'est dès lors pas étonnant que dans les formes intermittentes et rémittentes la duboisine ait réduit la durée des crises et prolongé les périodes de lucidité et d'apaisement. Néanmoins, il n'est pas douteux non plus que les heureux effets de la substance furent d'autant plus marqués surtout au début de la médication qu'elle venait d'être administrée et qu'ils s'atténuaient en raison du temps écoulé; chez nos sujets, quand l'agitation reparaissait au cours de la journée, c'était toujours aux heures les plus éloignées de l'administration du remède; de là la précaution qui s'impose de fractionner la dose quotidienne en deux fois au moins.

Ainsi la duboisine serait, sans conteste, d'après nos constatations, un médicament énergique sur lequel on serait en droit de toujours compter, qui, chez tous, apaiserait l'agitation dans une mesure plus ou moins grande et souvent la dissiperait complètement, sans paralyser ni la volonté ni le jeu des muscles. C'est là une propriété précieuse qu'elle serait peut-être seule à posséder; à ne considérer que cette qualité, je devrais ne pas trouver d'expression assez forte pour recommander ce remède, et cependant je crois devoir faire les plus grandes réserves sur son emploi dans le traitement de la folie, surtout sur son emploi prolongé ainsi que l'exige la longue évolution des maladies mentales. Pourquoi? parce que malgré ses brillants avantages la duboisine exposerait à un grave danger qu'il convient maintenant de signaler.

Tout d'abord nos aliénés se sont accoutumés souvent à son action avec une rapidité désespérante et une fois l'accoutumance établie, elle résista d'ordinaire à toutes les doses, même aux plus élevées; la merveilleuse sédation des premiers jours ne se recouvrait plus, dès qu'elle était perdue. Sur 22 cas où les effets avaient été tout d'abord très remarqués, l'accoutumance

s'est produite huit fois, soit dans la proportion de 37 p. 100; de plus celle-ci s'est montrée deux fois après quatre jours, trois fois après six jours, et une fois, durée la plus longue, après douze jours. Toutefois telle n'est pas la raison pour laquelle nous sommes porté à condamner la duboisine; en premier lieu parce que cette accoutumance, comme on voit, n'a pas été générale, puis surtout parce que, en utilisant la propriété que nous venons d'établir, d'avoir une certaine persistance d'action après suppression, nous sommes parvenus, comme nous l'établirons plus tard, à lui conserver pour ainsi dire indéfiniment son efficacité par une interruption de vingt-quatre heures tous les deux ou trois jours. Mais nous trouverons dans les actions physiologiques, et plus particulièrement dans une d'elles, la justification de notre appréciation.

Ces actions physiologiques sont encore fort peu connues, ainsi que le constatait tout dernièrement encore M. Mendel dans le travail le plus récent paru sur la duboisine; aussi nous poursuivons en ce moment, sur ce point, une série de recherches qui seront sous peu l'objet d'un mémoire spécial. Pour l'instant, nous nous bornerons exclusivement à énumérer les phénomènes présentés par les trente-cinq sujets auxquels nous avons prescrit la substance à doses continues comme sédatif de leur agitation diurne, phénomènes qui confirment notre manière de voir. Ce n'est pas que j'aie eu d'accidents toxiques aigus graves à déplorer, et cependant il m'est arrivé fréquemment de prescrire, cela durant plusieurs semaines consécutives, l'énorme dose quotidienne de 4 milligrammes. A cet égard j'ai été beaucoup plus heureux que quelques auteurs. Les phénomènes que présentèrent nos trente-cinq sujets siégèrent aux organes visuels, digestifs et nerveux et aussi, chose plus importante, intéressèrent la nutrition générale. Du côté du système nerveux, outre la sédation, une certaine lassitude avec ou sans diminution réelle des forces, puis très irrégulièrement, une sieste plus ou moins longue; du côté de la vue, une dilatation souvent très marquée des pupilles avec ou non du brouillard devant les yeux. Du côté du tube digestif, une sécheresse assez notable de la gorge, une diminution de l'appétit et parfois une mauvaise bouche et un goût désagréable trouvé aux aliments, ensuite des vomituritions au moment des repas ou immédiatement après. Sans insister davantage pour le moment sur ces actions physiologiques, je dirai que leur

intensité et leur gravité ne furent point telles qu'elles justifieraient l'abandon du remède, mais malheureusement elles se sont presque toujours, pour ne pas dire toujours, associées à un autre trouble, celui-là très inquiétant, la dénutrition. Il est à craindre que cette perturbation grave apportée par la duboisine dans les échanges nutritifs n'entrave singulièrement son emploi malgré ses merveilleuses propriétés sédatives.

Dans nos recherches chez nos trente-cinq sujets nous avons employé la duboisine à des doses continues variant de 2 à 4 milligrammes. Toujours et dans tous les cas, quelles que fussent celles-ci, le médicament a été administré de la même façon, en deux fois, par fractions égales, à neuf heures du matin et à trois heures de l'après-midi. A Ville-Evrard les malades prennent leur nourriture à sept, onze et cinq heures. Vu d'une part l'action sur l'estomac et de l'autre l'avantage de fractionner la quantité prescrite de façon à maintenir toute la journée l'influence sédative exercée sur l'organisme, nous avons choisi ces deux moments comme les plus également éloignés des trois repas. Cette influence sédative a été minutieusement contrôlée, car l'état de chaque malade, du réveil au coucher, a été relevé *heure par heure* sous les rubriques : *tranquillité*, *agitation*, *grande agitation*, *sommeil*, ce qui a permis de dresser ensuite des tableaux plaçant sous les yeux tous les résultats obtenus; bien entendu les constatations commençaient plusieurs jours avant le début de la médication et étaient poursuivies après afin d'avoir des termes de comparaison. Nos expériences ont été continuées, dans ces conditions rigoureuses d'observation pendant non seulement plusieurs semaines au moins pour tous, mais même pour beaucoup, durant deux, trois et quatre mois. Je ne crois pas que jusqu'ici la duboisine ait été l'objet de recherches aussi prolongées; à elles nous devons en particulier d'être arrivé à nettement constater l'influence nocive exercée sur la nutrition. Quelques-unes de nos observations ont été arrêtées soit en cours, soit, le plus souvent, peu après la suppression de la médication, par suite du décès des sujets emportés par le choléra. L'épidémie qui a frappé mon service à cette époque a surtout sévi à la section des agités et, sauf un, tous les malades atteints étaient ou venaient d'être médicamentés par la duboisine. Je ne crois pas qu'elle y ait été pour quelque chose, car, dans toutes les épidémies cholériques des asiles d'aliénés, il en a été

de même et on vient d'en avoir encore une preuve récente à Bonneval. D'ailleurs si le fléau nous a enlevé onze malades ayant suivi le traitement, il a fauché aussi bien ceux qui avaient éprouvé l'action gastrique que ceux qui ne l'avaient à aucun instant ressentie, et puis nous avions précisément choisi pour nos recherches les sujets les plus agités; or ce sont ceux-là, comme nous venons de dire, qui paraissent le plus exposés à contracter le choléra et à y succomber. Néanmoins je ne contesterai pas que les perturbations nutritives, du fait de la duboisine, ne les avaient pas précisément placés dans les conditions les meilleures pour triompher de l'épidémie.

Nous allons maintenant entrer dans le détail des faits que nous avons observés et en entreprendre l'étude comparative d'après les formes mentales. Tout d'abord dans la *paralysie générale.*

Observation I. — Emile Sem..., trente-six ans, paralysie générale à la première période avec violente agitation presque toute la journée. Un milligramme de duboisine pendant quinze jours procure en moyenne de sept à neuf heures de calme; une seule mauvaise journée, la huitième; de temps à autre dans l'après-midi une sieste de une à trois heures. Suppression pour contrôler, mais le mieux obtenu ne se maintient que deux jours séparés par deux autres journées d'agitation puis celle-ci se reproduit régulièrement. Reprise de la duboisine à 1 milligramme sans effet durant deux jours tandis que 1 milligramme et demi dès le second jour et pendant onze jours donnent une moyenne régulière de six à huit heures de calme, avec rarement une heure de sommeil dans l'après-midi. Puis brusquement l'accoutumance se montre et 2 milligrammes n'agissent point, mais 3 milligrammes dès la deuxième prise et pendant trente-deux jours apportent régulièrement, sans sommeil, de huit à douze heures de tranquillité. Malheureusement, bien qu'il n'y ait pas d'accoutumance, l'amaigrissement marqué du sujet oblige à suspendre la médication; néanmoins l'amélioration réalisée se maintient deux semaines. Jamais de vomissements ni de perte d'appétit; outre la dénutrition signalée, dilatation des pupilles, sécheresse de la gorge et diminution marquée des forces. La médication a duré soixante-trois jours durant lesquels on a prescrit 135 milligrammes de duboisine.

Observation II. — Emile Merl..., quarante-deux ans; paralysie générale à la première période, avec violente agitation presque toute la journée. Un milligramme de duboisine pendant huit

jours donne durant tout le jour une parfaite tranquillité sans sommeil et le malade s'occupe dans le quartier. Suppression pour contrôle et l'agitation revient progressivement, si bien qu'après cinq jours l'état antérieur a reparu. Reprise de la duboisine à 1 milligramme et pendant trente et un jours on a de nouveau un calme à peu près complet permettant d'employer le sujet aux soins du ménage. Abandon du traitement, malgré l'absence d'accoutumance, nécessité par l'action physiologique, quoique la dose quotidienne soit faible : dilatation des pupilles, sécheresse de la gorge, diminution des forces mais surtout vomituritions assez abondantes presque à tous les repas, et amaigrissement considérable. Persistance définitive du calme après la suppression qui fut suivie, en trois semaines, d'une augmentation de poids de cinq kilos. La médication a duré trente-neuf jours durant lesquels on a prescrit 39 milligrammes de duboisine.

Observation III. — Maurice Ellingh..., quarante-cinq ans; paralysie générale à la première période avec vive agitation; deux ou trois heures de tranquillité au plus dans la journée. Un milligramme de duboisine pendant vingt-deux jours apporte un calme à peu près complet, avec irrégulièrement de une à deux heures de sieste; trois seules mauvaises journées intercalées; le malade s'utilise dans le quartier; aucun indice d'accoutumance; congestion cérébrale suivie de mort dans les quarante-huit heures.

Observation IV. — Eugène Roll..., cinquante et un ans; paralysie générale à la première période ; agitation à peu près continue. Un milligramme de duboisine pendant quinze jours donne une moyenne régulière de huit à dix heures de tranquillité sans sommeil. Suppression pour contrôle, mais après vingt-quatre heures retour de l'état antérieur. Reprise de la duboisine à 1 milligramme et pendant vingt-neuf jours, on a durant la première quinzaine une moyenne régulière de dix à douze heures de calme et durant la seconde de sept à huit heures; toujours pas de sommeil; le malade s'occupe dans le quartier. Aucun indice d'accoutumance, mais l'amaigrissement marqué oblige à abandonner le traitement; dès le lendemain, retour de l'état antérieur. La médication a duré quarante jours durant lesquels on a prescrit 44 milligrammes de duboisine. Outre l'amaigrissement, dilatation pupillaire, sécheresse de la gorge, diminution des forces, nausées et vomituritions aux heures des repas.

Dans ces quatre cas sur onze, soit dans la proportion de 36 p. 100, l'action sédative de la duboisine, non seulement a été remarquable, mais encore continue, bien que les quantités

administrées fussent presque toutes faibles. Dans la même proportion, l'accoutumance s'est au contraire produite plus ou moins rapidement et a résisté à l'élévation des doses, comme en témoignent les quatre faits suivants :

Observation V. — Félix Hasc..., quarante et un ans; paralysie générale à la première période; agitation à peu près continue. Un milligramme de duboisine à partir du second jour donne pendant trois jours de sept à huit heures de tranquillité, puis brusquement l'accoutumance se montre, 1 milligramme et demi n'agissent guère que le premier jour où il y a cinq heures de calme; alors 2 milligrammes pendant trois jours ne donnent qu'une moyenne de quatre heures de tranquillité; 3 milligrammes pendant quatre jours et 4 milligrammes pendant trois jours qu'une moyenne de quatre à cinq heures au plus. De temps à autre une heure ou deux de sieste. La médication a duré vingt-deux jours, durant lesquels on a prescrit 47 milligrammes de duboisine. Dilatation pupillaire comme seule action physiologique.

Observation VI. — Charles Col..., trente-quatre ans; paralysie générale à la première période; très violente agitation à peu près continue. Un milligramme de duboisine pendant six jours donne à partir du troisième jour une moyenne de six à sept heures de calme avec alternatives, toutefois, de journées plus ou moins bonnes et mauvaises; deux fois seulement une sieste d'une heure. Puis brusquement l'accoutumance s'établit, et alors 1 milligramme et demi pendant trois jours, 2 milligrammes pendant deux jours, 3 milligrammes pendant cinq jours et 4 milligrammes pendant deux jours restent à peu près sans effets sédatifs; rarement une sieste d'une heure. La médication a duré vingt-trois jours, durant lesquels on a prescrit 40 milligrammes de duboisine. Comme action physiologique : dilatation des pupilles et sécheresse de la gorge.

Observation VII. — Arthur Laff..., quarante-cinq ans; paralysie générale à la première période; agitation à peu près continue. Un milligramme de duboisine pendant six jours donne en moyenne six heures de calme, avec alternative de journées bonnes et mauvaises: habituellement sieste d'une heure ou deux. Brusquement l'accoutumance s'établit. Un milligramme et demi pendant trois jours ne donnent que deux fois cinq et une fois quatre heures de tranquillité; 2 milligrammes pendant deux jours apportent cinq et deux heures de calme; 3 milligrammes pendant six jours procurent de six à sept heures de sédation, puis restent sans influence; 4 milligrammes pendant trois jours n'ont aucune action.

Toujours assez régulièrement une sieste d'une à deux heures. La médication a duré vingt-six jours, durant lesquels on a prescrit 48 milligrammes de duboisine. Comme action physiologique : dilatation des pupilles et sécheresse de la gorge.

Observation VIII. — Marie-Ange Rab..., trente-sept ans; paralysie générale à la première période; agitation furieuse continue. Un milligramme de duboisine durant onze jours procure régulièrement de huit à dix heures de calme, si bien que le malade, jusqu'alors tenu dans sa cellule, reprend la vie commune, puis brusquement l'accoutumance s'établit et toute la fureur d'avant revient. Alors 2 milligrammes pendant deux jours, 3 milligrammes pendant cinq jours et 4 milligrammes pendant deux jours restent absolument sans effet. La médication a duré vingt et un jours, durant lesquels on a prescrit 39 milligrammes de duboisine. Comme action physiologique : dilatation des pupilles et sécheresse de la gorge.

Enfin, dans les trois cas qui suivent, soit dans la proportion de 27,4 p. 100, l'action a été nulle; quand je dis nulle, je veux désigner par là que les heures de tranquillité n'ont pas été accrues, mais il n'est pas douteux que, même dans ces cas les plus défavorables, l'intensité de l'agitation, sinon sa durée, a été considérablement atténuée; ainsi, même quand la duboisine a été impuissante à produire une sédation complète et à amener le calme, elle a encore apaisé la surexcitation dans une mesure plus ou moins grande.

Observation IX. — Edouard Carb..., trente-huit ans; paralysie générale à la première période avec violente agitation une bonne partie de la journée. Un milligramme de duboisine pendant cinq jours, 2 milligrammes pendant seize jours, 3 milligrammes pendant cinq jours et 4 milligrammes pendant quatre jours atténuent seulement la surexcitation. Assez régulièrement sieste d'une heure ou deux. Durée de la médication : trente jours, durant lesquels on a prescrit 68 milligrammes de duboisine. Action physiologique assez marquée : dilatation des pupilles avec troubles de la vue, sécheresse de la gorge, diminution des forces, vomituritions aux repas avec les dernières doses et un peu d'amaigrissement.

Observation X. — Alfred Ceml..., quarante-cinq ans; paralysie générale à la première période avec agitation à peu près continue toute la journée. Un milligramme de duboisine pendant trois jours; 2, 3 et 4 milligrammes pendant deux jours ne produisent ni calme ni sommeil. La médication a duré neuf jours, durant les-

quels on a prescrit 21 milligrammes de duboisine. Action physiologique : dilatation des pupilles et sécheresse de la gorge.

Observation XI. — Adrien Lor..., trente et un ans; paralysie générale à la première période avec vive agitation la plus grande partie de la journée. Un milligramme de duboisine pendant cinq jours, 2 milligrammes pendant quatre jours, 2 milligrammes et demi pendant trois jours, 3 milligrammes pendant neuf jours et 4 milligrammes pendant deux jours n'apportent pas de calme. Assez régulièrement sieste de deux heures. La médication a duré vingt-trois jours, durant lesquels on a prescrit 51 milligrammes de duboisine. Action physiologique assez marquée : dilatation des pupilles, sécheresse de la gorge, diminution des forces et léger amaigrissement.

Les résultats obtenus dans la *manie vésanique* sont encore plus intéressants, car ils ont nettement différé selon l'état aigu ou chronique. Dans ce dernier, l'accoutumance a été pour ainsi dire nulle ou tout au moins si longue, si longue à s'établir que la médication a pu être très avantageusement continuée jusqu'à trois mois et au delà; il me paraît difficile d'exiger davantage. Ce que nous avançons est prouvé par les cinq observations suivantes, dont la dernière est curieuse à ce titre que le sujet, dont l'isolement datait déjà de plus de deux ans, et qui semblait marcher vers la démence, a complètement guéri à la suite du traitement par la duboisine.

Observation XII. — Edmond Beg..., trente-six ans, débilité mentale avec manie chronique rémittente. Lors d'un paroxysme violent avec agitation presque continue, 1 milligramme de duboisine pendant dix-huit jours et sans trace d'accoutumance a procuré une moyenne assez régulière de sept heures de calme et irrégulièrement une sieste de deux heures. Suppression pour contrôle, mais après quarante-huit heures, retour de l'état antérieur. Reprise de la duboisine à la même dose et action sédative encore plus remarquable; tant qu'a duré le paroxysme, soit vingt-cinq jours, on obtint de neuf à douze heures de tranquillité, sans accoutumance. Durée de la médication : quarante-trois jours pendant lesquels on a prescrit 43 milligrammes de duboisine. Action physiologique assez marquée : dilatation des pupilles, sécheresse de la gorge, et surtout, bien que le sujet n'eût jamais eu de vomissements, amaigrissement considérable qui aurait rendu difficile de prolonger le traitement si la crise n'avait pas pris fin.

Observation XIII. — Louis Mat..., cinquante-six ans; manie chro-

nique avec agitation à peu près continue : deux ou trois heures de calme au plus dans la journée. Avec 1 milligramme de duboisine à partir du second jour, le malade pendant douze jours a, au contraire, tout au plus une heure ou deux d'agitation; irrégulièrement, sieste d'une heure. Suppression pour contrôle, mais après vingt-quatre heures, retour de l'état antérieur. Reprise de la duboisine à la même dose, et pendant vingt-cinq jours on a à peu près les mêmes excellents résultats, très rarement une mauvaise journée entre d'autres excellentes. Deuxième suppression pour contrôle et de nouveau, après vingt-quatre heures, l'état antérieur a reparu. Derechef, on prescrit 1 milligramme de duboisine avec plus de succès encore, car il n'y a plus une seule mauvaise journée et seulement, après quarante-deux jours, l'accoutumance paraît se montrer; il n'y a alors que cinq heures de sédation. La dose est portée en conséquence à 2 milligrammes et pendant huit jours, on obtient encore neuf et dix heures de tranquillité, avec rarement une sieste d'une heure; une seule mauvaise journée. Mais pour conserver ces bons effets, il faut élever la dose à 3 milligrammes pendant neuf jours et à 4 milligrammes pendant vingt-deux jours. A ce moment, l'accoutumance s'étant manifestée brusquement, nous n'avons pas osé pousser plus loin les quantités administrées et nous avons suspendu la médication qui ne durait pas depuis moins de cent dix-huit jours, pendant lesquels le malade avait pris 210 milligrammes de duboisine. Néanmoins, action physiologique des moins marquées, surtout de la dilatation des pupilles et de la sécheresse de la gorge. Le malade, très autoritaire et très entêté d'habitude, a toujours opposé une vive résistance aux piqûres, mais il n'eut jamais d'accidents locaux.

Observation XIV. — Félix Maun..., trente-neuf ans; manie chronique avec violente agitation ; à peine deux heures de calme dans la journée. Un milligramme de duboisine à partir du troisième jour donne, pendant douze jours, une moyenne régulière de neuf à dix heures de tranquillité avec le plus souvent une sieste d'une heure. Une seule mauvaise journée, la dixième. Suppression pour contrôle et la sédation obtenue se maintient quatre jours, puis retour de l'état antérieur. Reprise de la duboisine à la dose de 1 milligramme, qui n'agit que durant deux jours séparés par une très mauvaise journée, mais sans sommeil. Un milligramme et demi pendant trois jours restent peu efficaces, mais 2 milligrammes à partir du second jour procurent régulièrement, sans narcose, une sédation de dix à douze heures, et ce pendant trente-deux jours ; une seule mauvaise journée, la quatrième. Deuxième suppression pour contrôle et absolument le même résultat que la première fois. De nouveau, 2 milligrammes de duboisine donnent, durant dix-neuf jours, des effets aussi satisfaisants que

précédemment. Cependant, l'amaigrissement du malade est tel que nous jugeons prudent de suspendre la médication qui dure depuis soixante-dix jours pendant lesquels on a prescrit 122 milligrammes et demi du remède. Lors de cette suspension, le poids du sujet était de 65 kilogrammes ; malgré le retour assez rapide de l'agitation, ce poids s'était élevé, au bout de quinze jours, à 69 kilogrammes, et au bout d'un mois à 72. Jamais de vomissements, seulement de la dilatation pupillaire. Le malade résistait aux piqûres, disant qu'il ne voulait pas servir à des expériences et qu'il en avait assez de tout ce qu'il endurait déjà, mais il n'eut pas d'accidents locaux.

Observation XV. — Henri Sau..., cinquante-deux ans; manie chronique rémittente. Lors d'un paroxysme avec agitation continue, 1 milligramme de duboisine, à partir du troisième jour, procure, durant douze jours, une moyenne régulière de neuf à dix heures de calme, avec rarement une sieste d'une heure; une seule mauvaise journée, la huitième: puis la crise prend fin, alors que d'habitude elle dure plusieurs semaines. A un second paroxysme très violent, 1 milligramme de duboisine apporte régulièrement sans narcose, de neuf à dix heures de tranquillité pendant vingt-quatre jours, puis il n'y a plus que six à sept heures. La dose est portée à 2 milligrammes et, toujours sans sommeil, on a régulièrement, pendant vingt-deux jours, de dix à onze heures de calme. Derechef, l'accoutumance tend à s'établir et nous prescrivons 3 milligrammes; néanmoins, nous n'obtenons plus que sept à huit heures de tranquillité pendant une semaine, mais 4 milligrammes durant vingt jours, toujours sans sommeil et régulièrement donnent de onze à douze heures de calme, puis une fois encore l'accoutumance se montre. N'osant forcer davantage les doses, nous arrêtons la médication qui, cette seconde fois, durait d'ailleurs depuis soixante-dix-neuf jours durant lesquels on avait prescrit 179 milligrammes de duboisine. Action physiologique : dilatation des pupilles et légers troubles de la vue, en plus, avec les doses les plus élevées, vomiturilions et diminution de l'appétit avec mauvais goût à la bouche ; néanmoins, l'amaigrissement n'a pas été sensible.

Observation XVI. — Joseph Dan..., trente-sept ans ; manie avec très violente agitation datant de plus de deux ans. Pas un instant de calme dans la journée. Avec 1 milligramme de duboisine, on obtient de suite et pendant douze jours, régulièrement de sept à huit heures de tranquillité avec une sieste de deux heures. Suppression pour contrôle ; après deux jours d'un calme relatif séparés par deux autres jours d'agitation, celle-ci devient continue comme auparavant. Reprise de la duboisine à 1 milligramme et pendant un mois ; à partir du second jour on obtient une sédation progres-

sive qui, de six heures, finit par s'étendre à toute la journée; dans la première quinzaine, de temps à autre, une sieste d'une heure. Dan... s'occupe aux soins du ménage et paraît revenir à lui. Cette fois, après la suppression du remède, la guérison se maintient et le malade sort guéri deux mois après. Action physiologique : sécheresse de la gorge et dilatation des pupilles avec troubles de la vue au début du traitement; et aussi amaigrissement assez marqué, bien que, durant les quarante-deux jours de la médication, le malade n'eût pris que 42 milligrammes de duboisine.

Dans l'état aigu, les résultats ont été moins bien satisfaisants. De cinq sujets, un seul a retiré du traitement un bénéfice momentané, vu que l'accoutumance s'est définitivement établie au bout d'une semaine environ; les quatre autres n'ont eu qu'une atténuation de leur surexcitation, mais pas une heure de calme en plus. Voici ces cinq faits brièvement résumés :

Observation XVII. — Alexis Ger..., cinquante ans, manie aiguë avec très vive agitation continue. Un milligramme de duboisine pendant cinq jours donne, à partir du second jour, six heures de calme avec une sieste d'une heure. Puis accoutumance brusque. Avec 1 milligramme et demi, mêmes résultats favorables pendant le même laps de temps, mais sans sommeil, et de nouveau brusque accoutumance. Alors, avec 2 milligrammes pendant cinq jours, 3 milligrammes pendant quatre jours et 4 milligrammes pendant trois jours, l'action sédative va sans cesse s'affaiblissant et finit par être nulle; néanmoins, irrégulièrement, une sieste d'une heure. Action physiologique : sécheresse de la gorge et légère dilatation pupillaire. La médication a duré vingt-quatre jours durant lesquels on a prescrit 48 milligrammes et demi de duboisine.

Observation XVIII. — Samuel Neum..., quarante-sept ans; manie intermittente, violent paroxysme avec une heure ou deux de calme au plus dans la journée. Un milligramme de duboisine pendant neuf jours, 1 milligramme et demi pendant sept jours, 2 milligrammes pendant trois jours, 3 et 4 milligrammes pendant deux jours sont sans grand effet; de temps à autre, cependant, sieste d'une heure. La médication a duré vingt-trois jours durant lesquels on a prescrit 39 milligrammes et demi de duboisine. Action physiologique : sécheresse de la gorge et dilatation des pupilles. Le malade se plaignait beaucoup que les piqûres étaient très douloureuses et lui abîmaient la peau; jamais d'accident local.

OBSERVATION XIX. — Emile Gay..., vingt-deux ans; manie aiguë avec violente agitation continue. Un milligramme de duboisine pendant quatre jours, 2 milligrammes pendant trois jours, 3 et 4 milligrammes pendant deux jours restent sans effet sédatif ou narcotique. Action physiologique : dilatation des pupilles et légère sécheresse de la gorge. La médication a duré onze jours durant lesquels on a prescrit 23 milligrammes de la substance.

OBSERVATION XX. — Jean Gaut..., vingt-cinq ans; débilité mentale avec manie aiguë. Agitation à peu près continue. Un et 2 milligrammes de duboisine pendant deux jours, 3 et 4 milligrammes pendant trois jours n'apportent ni sommeil, ni calme complet. Action physiologique à peu près nulle. La médication a duré dix jours durant lesquels on a prescrit 27 milligrammes de la substance.

OBSERVATION XXI. — François Gaim..., dix-huit ans; manie aiguë avec agitation continue. Un milligramme de duboisine durant deux jours, 2 milligrammes durant cinq jours, 3 et 4 milligrammes durant deux jours n'agissent pas; toutefois, deux fois une heure de sieste. La médication a duré onze jours, durant lesquels on a prescrit 22 milligrammes de la substance. Action physiologique assez marquée avec les dernières doses : sécheresse de la gorge, dilatation des pupilles, sensation de faiblesse, nausées aux repas.

Ainsi, tandis que dans la manie chronique, nous avons eu 100 p. 100 de résultats favorables, dans la manie aiguë, nous n'avons pas rencontré un seul cas complètement satisfaisant, seulement 20 p. 100 avec accoutumance, soit 80 p. 100 de résultats défavorables, c'est-à-dire avec seule atténuation de la surexcitation, sans aucune augmentation des heures de calme. Quels ont été les effets de la duboisine chez les lypémaniaques? Tout le contraire, à peu de chose près, de ceux obtenus chez les maniaques. Voici d'abord cinq cas où l'accoutumance ne s'est pas produite ou ne s'est manifestée qu'après un temps considérable, même plus de deux mois, or trois d'entre eux étaient franchement aigus.

OBSERVATION XXII. — Auguste Cab..., quarante-deux ans; lypémanie chronique avec surexcitation à peu près continue. Avec 1 milligramme de duboisine, transformation complète; les deux premiers jours sept heures de calme, le troisième et le quatrième onze heures, le cinquième douze heures; ensuite, pendant quinze jours, au grand étonnement de tous, tranquillité continue; seulement une heure de sommeil le second et le septième jour. Suppression du remède, et pendant près d'un mois le calme se maintient, puis

rapidement reparaît l'état antérieur. La médication n'avait duré que vingt jours, avec 20 milligrammes de duboisine. Action physiologique à peu près nulle : légère dilatation des pupilles et un peu de sécheresse de la gorge.

Observation XXIII. — Nicolas Gof..., quarante-six ans; lypémanie aiguë avec violents emportements contre les hallucinations; une heure ou deux de tranquillité au plus. Avec 1 milligramme de duboisine, dès le deuxième jour, le malade a régulièrement de dix à douze heures de calme et s'adonne avec ardeur aux soins du ménage; sieste d'une heure ou deux. Au bout de deux semaines, suppression pour contrôle, mais en trois jours l'état antérieur a reparu. La dose de 1 milligramme n'a plus alors la première efficacité, la sédation complète n'excède pas trois ou quatre heures au maximum et il en est de même avec 2 milligrammes; par contre, 3 milligrammes, dès le second jour, procurent pendant trente-deux jours une moyenne régulière de dix à douze heures de calme, et le malade s'est remis au travail; très régulièrement sieste d'une heure. Deuxième suppression pour contrôle et même résultat que la première fois; en trois jours, retour de l'état antérieur. Reprise de la duboisine à 3 milligrammes et de nouveau, pendant un mois, on a régulièrement une moyenne de dix à douze heures de tranquillité avec bon travail et rarement une heure de sieste, puis brusquement, une certaine accoutumance se montre et la durée du calme n'est plus que de cinq à six heures. Quatre milligrammes améliorent la situation sans la rendre aussi bonne que par le passé; sept à huit heures de tranquillité avec travail moins soutenu; plus rarement encore qu'avant, sieste d'une heure. L'amaigrissement étant assez marqué, on cesse le traitement, d'autant plus que l'appétit a beaucoup diminué et que le malade se plaint d'avoir un goût de savon dans la bouche, goût qu'il retrouve dans ses aliments. Dès le second jour, l'état antérieur reparaissait. La médication avait duré quatre-vingt-dix-huit jours durant lesquels on avait prescrit 271 milligrammes de duboisine. Action physiologique peu marquée relativement à la durée du traitement et aux doses : amaigrissement, sécheresse légère de la gorge, dilatation des pupilles avec troubles de la vue les premiers jours, perte de l'appétit mais jamais de vomissements. Le sujet se plaignait beaucoup des piqûres qui étaient, à son dire, horriblement douloureuses et une machination de ses ennemis, mais pas d'accident local.

Observation XXIV. — Pierre Toun..., trente-deux ans; lypémanie chronique avec vive surexcitation, à peine deux heures de calme. Un milligramme de duboisine pendant sept jours et 1 milligramme et demi durant le même temps apportent déjà une notable

amélioration, cinq à six heures de tranquillité en moyenne, mais les bonnes et les mauvaises journées alternent; régulièrement une sieste d'une heure au moins. Avec 2 milligrammes, on a, dès le second jour et pendant un mois, régulièrement de huit à douze heures de calme sans sommeil; deux seules mauvaises journées, la sixième et la douzième. Suppression pour contrôle et, pendant une semaine, la sédation obtenue se poursuit: il y a encore sept et huit heures de tranquillité, puis, brusquement, l'état antérieur reparaît. Reprise de la duboisine à 2 milligrammes et, pendant douze jours, on a de nouveau très régulièrement de huit à onze heures de calme, puis, durant trois jours, de sept à huit et enfin, pendant deux jours, seulement cinq et quatre heures. La dose ayant été portée à 3 milligrammes, on obtient encore très régulièrement, durant trente-cinq jours, de huit à douze heures de tranquillité et ensuite, pendant quatre jours, de sept à huit heures au maximum. Quatre milligrammes laissent les choses en l'état une semaine et l'accoutumance s'établit de plus en plus, car on n'obtient qu'une sédation complète de quatre heures. Cette accoutumance a été, en somme, très longue à s'établir, puisque la médication durait depuis cent neuf jours durant lesquels on a prescrit 265 milligrammes et demi de duboisine. Néanmoins, action physiologique peu marquée : amaigrissement insignifiant, dilatation pupillaire, sécheresse du gosier et rarement sieste d'une heure dans l'après-midi.

Observation XXV. — Désiré Porch..., trente-trois ans; lypémanie aiguë avec désespoir anxieux et gémissements continuels. Un milligramme de duboisine procure, pendant onze jours, une moyenne de huit à dix heures de tranquillité avec, toutefois, deux mauvaises journées, la septième et la huitième, puis brusquement l'accoutumance se produit et il n'y a plus que deux ou trois heures de calme; jamais de sommeil. Dose de 2 milligrammes qui, en cinq jours, procure en décroissant régulièrement de quatorze à trois heures de tranquillité; toujours pas de sommeil. Par contre, avec 3 milligrammes, dès le second jour on a, pendant quatre semaines, de dix à quatorze heures de calme; une seule mauvaise journée, la huitième; jamais de sieste. Mais l'amaigrissement du sujet oblige à arrêter la médication qui durait depuis quarante-six jours pendant lesquels on a prescrit 106 milligrammes de duboisine. Action physiologique très marquée : outre cette dénutrition accusée, dilatation pupillaire, sécheresse vive de la gorge, diminution des forces, vomituritions et, durant trois jours, avec la dernière dose, diarrhée assez forte. Malgré l'abandon du remède, la sédation s'est maintenue jusqu'à la mort du malade survenue vingt-huit jours après par suite du choléra.

Observation XXVI. — Victor Lhuil..., cinquante-trois ans; lypé-

manie aiguë avec vive réaction anxieuse à peu près continue. Un et 2 milligrammes de duboisine pendant deux jours atténuent simplement cette anxiété, tandis que 3 milligrammes pendant vingt jours donnent régulièrement de huit à dix heures de tranquillité, sauf deux mauvaises journées, la quatorzième et la seizième; rarement sieste d'une heure. Aucune accoutumance ne s'était encore montrée et l'action physiologique n'avait pas été très marquée, surtout en ce qui concerne la nutrition, quand une attaque de choléra enleva le sujet en deux jours; il n'avait jamais eu de troubles digestifs.

De même, les trois cas suivants, dans lesquels l'accoutumance, il est vrai, s'est établie plus ou moins rapidement, mais après une période d'action efficace, étaient également des cas aigus.

Observation XXVII. — Alfred Rut..., trente-cinq ans; lypémanie aiguë catatonique. Un milligramme de duboisine pendant douze jours procure régulièrement une sédation de sept à huit heures avec de temps à autre une sieste d'une heure, puis brusquement l'accoutumance se produit et alors, 1 milligramme et demi pendant quatre jours, 2 milligrammes pendant trois jours, 3 et 4 milligrammes pendant quatre jours n'agissent guère; toutefois, sieste d'une heure ou deux. La médication a ainsi duré vingt-sept jours durant lesquels on a prescrit 52 milligrammes de duboisine. Dilatation pupillaire.

Observation XXVIII. — Arthur Gent..., quarante ans; lypémanie aiguë avec anxiété presque continue. Un milligramme de duboisine, à partir du second jour, procure pendant cinq jours de six à sept heures de calme, avec toutefois une mauvaise journée, la quatrième; puis brusquement l'accoutumance se montre et alors, 1 milligramme et demi pendant deux jours, 2 milligrammes pendant trois jours, 3 et 4 milligrammes pendant deux jours restent peu efficaces; jamais de sommeil. La médication n'a duré que dix-huit jours durant lesquels on n'a prescrit que 32 milligrammes de duboisine, néanmoins action physiologique assez marquée : dilatation des pupilles, sécheresse de la gorge, sensation de faiblesse, diminution des forces et nausées aux moments des repas.

Observation XXIX. — René Trah..., cinquante-trois ans; lypémanie aiguë hallucinatoire avec agitation continue. Un milligramme de duboisine durant les trois premiers jours a amené de six à sept heures de calme, puis brusquement l'accoutumance s'est produite et alors, 2 milligrammes pendant trois jours, 3 et 4 milligrammes pendant deux jours ont été inefficaces; sieste d'une heure seule-

ment le premier jour. La médication a duré treize jours durant lesquels on a prescrit 26 milligrammes de la substance. Action physiologique : sécheresse de la gorge et dilatation pupillaire avec troubles passagers de la vue.

Ainsi, sur huit cas de lypémanie dans lesquels l'influence sédative de la duboisine s'est manifestée plus ou moins longtemps, cinq étaient des cas aigus; au contraire dans les six qui suivent et dans lesquels cette action a été à son minimum, atténuant, il est vrai, la surexcitation dans une certaine mesure mais n'amenant pas l'apaisement, quatre étaient des cas chroniques. Dans la lypémanie, nous avons donc obtenu pour l'état aigu 37 p. 100 d'action, soit continue, soit avec accoutumance, et 26 p. 100 seulement d'action faible, tandis que dans l'état chronique cette dernière action défavorable s'est élevée à 66 p. 100. Ces résultats sont bien, ainsi que je l'ai déjà signalé, à peu de chose près, tout l'opposé de ce que nous a fourni la manie.

Observation XXX. — Henri Loug..., cinquante-quatre ans; lypémanie chronique avec agitation vive et continue. Un milligramme de duboisine pendant cinq jours, 2 milligrammes et 2 milligrammes et demi pendant quatre jours, 3 milligrammes pendant deux jours et 4 milligrammes pendant une semaine ne donnent ni sédation complète ni sommeil. La médication a duré vingt-deux jours durant lesquels on a prescrit 57 milligrammes de duboisine. Dilatation pupillaire comme seule action physiologique, même avec les hautes doses.

Observation XXXI. — Louis Mah..., trente-huit ans; lypémanie chronique avec hallucinations de tous les sens et crises d'agitation. Au cours d'une de celles-ci, très violente, 1 milligramme de duboisine pendant une semaine, 1 milligramme et demi pendant quatre jours, 2 et 3 milligrammes pendant une semaine et 4 milligrammes pendant cinq jours n'apportent ni sédation complète ni sommeil. La médication a duré un mois durant lequel on a prescrit 68 milligrammes de duboisine. Action physiologique : dilatation des pupilles avec brouillard devant les yeux.

Observation XXXII. — Victor Rau..., vingt-quatre ans; lypémanie aiguë avec anxiété continue. Un milligramme de duboisine pendant deux jours, 1 milligramme et demi pendant cinq jours, 2 milligrammes pendant quatre jours, 3 milligrammes pendant trois jours et 4 milligrammes pendant deux jours n'apportent aucune sédation complète; deux fois seulement sieste d'une heure

au début de la médication qui n'a duré que onze jours, durant lesquels le malade n'a pris que 31 milligrammes et demi de duboisine; néanmoins l'action physiologique a été assez marquée : dilatation pupillaire, sécheresse de la gorge, diminution des forces avec sensation de faiblesse, vomituritions aux repas et immédiatement après.

Observation XXXIII. — Léon Guid..., vingt-sept ans; lypémanie chronique avec surexcitation continue. Un milligramme de duboisine pendant une semaine, 1 milligramme et demi pendant deux jours, 2 milligrammes pendant cinq jours, 3 milligrammes pendant deux jours 4 milligrammes pendant cinq jours ne procurent ni sédation complète, ni sommeil. La médication a duré vingt et un jours durant lesquels on a prescrit 42 milligrammes de duboisine. Action physiologique assez marquée : dilatation des pupilles, sensation de faiblesse, nausées sans vomissements au moment des repas.

Observation XXIV. — Honoré Treg..., trente-cinq ans; lypémanie chronique avec soliloques toute la journée. Un milligramme de duboisine pendant quatre jours, 2 milligrammes pendant trois jours, 3 et 4 milligrammes pendant deux jours n'amènent ni sédation complète ni sommeil. La médication a duré onze jours durant lesquels on a prescrit 24 milligrammes de la substance. Action physiologique : sécheresse de la gorge et dilatation pupillaire avec troubles passagers de la vue. Le malade a toujours protesté vivement contre les piqûres qu'il déclarait douloureuses et toxiques, mais jamais d'accident local.

Observation XXXV. — Urbain Rosen..., trente-cinq ans; lypémanie aiguë avec agitation désespérée presque toute la journée. Un et 2 milligrammes de duboisine pendant deux jours, 3 milligrammes pendant trois jours et 4 milligrammes pendant deux jours n'ont apporté ni sédation complète ni sommeil. La médication a duré dix-neuf jours durant lesquels on a prescrit 23 milligrammes du remède. Action physiologique peu marquée : un peu de sécheresse de la gorge et une légère dilatation pupillaire.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les résultats obtenus dans nos vingt-quatre cas de vésanie, manie et lypémanie, nous voyons que la proportion a été la même pour l'action efficace et continue comme pour l'action faible, incapable d'amener le calme, soit 46,7 p. 100, tandis que l'influence favorable mais vite suivie d'accoutumance n'a été que de 6,6 p. 100. Les rapprochant de ceux que nous avons signalés plus haut, dans la paralysie générale, il ressort que le paralytique a été bien plus sensible à la duboisine que le

vésanique, puisque plus ou moins longtemps il en a ressenti l'influence sédative complète dans la proportion de 72,6 p. 100, alors que ce dernier ne l'a éprouvée que dans la proportion de 53,3 p. 100, cependant plus que le paralysé général, dans une proportion supérieure de 10 p. 100, il a résisté à la prompte accoutumance. Si, maintenant, entrant plus dans le détail des cas, nous comparons l'action de la duboisine chez les maniaques et les lypémaniaques, nous voyons que, complète ou incomplète, elle a été à peu près la même, tandis que l'accoutumance a été deux fois plus fréquente chez ces derniers.

En conséquence, nous résumerons dans les conclusions suivantes, nos constatations relatives à la duboisine à doses continues de 2 à 4 milligrammes durant même près de quatre mois dans le traitement des agitations maniaques et lypémaniaques.

I. — La duboisine s'est révélée un merveilleux sédatif, capable d'apaiser toujours et dans tous les cas l'agitation maniaque et lypémaniaque, soit vésanique soit paralytique, et très souvent de substituer une tranquillité absolue à la surexcitation ou à l'anxiété la plus violente; son action toujours effective s'est donc présentée à deux degrés : l'une, incomplète, consistant en une simple atténuation de l'exaltation, l'autre, complète, caractérisée par la disparition totale de celle-ci pour un temps plus ou moins long.

II. — La sédation amenée par la duboisine n'atteignit pas toujours d'emblée toute son intensité; souvent elle n'est arrivée à son apogée que le second jour, parfois même le troisième jour.

III. — Une fois produite, la sédation due à la duboisine s'est maintenue assez régulièrement, tant que l'accoutumance ne s'est pas manifestée; exceptionnellement les bonnes et les mauvaises journées ont alterné.

IV. — La sédation, même complète, obtenue par la duboisine a, le plus souvent, persisté un ou plusieurs jours après l'abandon du remède et parfois même il est arrivé qu'une assez longue période de calme ait suivi la suppression de la médication.

V. — Dans les formes intermittentes et rémittentes, la duboisine s'est révélée capable de réduire la durée des crises et de les espacer.

VI. — L'action sédative de la duboisine, à tous les degrés, a été, en général, surtout dans les premiers jours de la médication, en raison inverse du temps écoulé depuis l'administration du remède, d'où l'avantage de fractionner en deux fois la dose quotidienne à administrer.

VII. — La duboisine a eu une action complète beaucoup plus fréquente dans la manie chronique que dans la manie aiguë et au contraire dans la lypémanie aiguë que dans la lypémanie chronique; et, d'une manière générale, dans la manie que dans la lypémanie.

VIII. — Dans la paralysie générale la duboisine a eu une action complète moins fréquente que dans la manie chronique et la lypémanie aiguë, mais plus fréquente que dans la manie aiguë et la lypémanie chronique; et ainsi que dans la manie et la lypémanie en général, de telle sorte qu'au total les paralysés généraux se sont montrés plus sensibles à l'influence sédative du médicament que les vésaniques.

IX. — L'organisme des aliénés s'est montré souvent très prompt à l'accoutumance à la duboisine et cette accoutumance qui, d'habitude, s'établissait brusquement une fois produite, résistait, d'ordinaire, à toutes les élévations de doses; cela fut surtout vrai pour la sédation complète.

X. — L'accoutumance à la duboisine a été plus fréquente et plus rapide dans la paralysie générale que dans les vésanies en général, la manie aiguë et chronique et la lypémanie chronique; elle a été sensiblement la même dans la paralysie générale que dans la lypémanie aiguë, elle a été plus fréquente dans la lypémanie que dans la manie; enfin elle ne s'est pas montrée dans les vésanies chroniques.

XI. — L'action incomplète de la duboisine a été moins fréquente dans la paralysie générale que dans les vésanies en général mais plus fréquentes que dans la manie chronique et la lypémanie aiguë; elle a été moins fréquente dans la manie que dans la lypémanie, dans la manie chronique que dans la manie aiguë, dans la lypémanie aiguë que dans la lypémanie chronique.

XII. — D'une manière générale il est vrai de dire que la duboisine a été plus active dans la paralysie générale que dans les vésanies, dans la manie que dans la lypémanie, dans la

manie chronique que dans la manie aiguë, et au contraire dans la lypémanie aiguë que dans la lypémanie chronique.

XIII. — Vu l'influence exercée par la duboisine sur les estomacs, il convient de l'administrer, pour en obtenir les effets sédatifs, dans la journée avec un minimum d'inconvénients aux heures les plus éloignées des deux principaux repas.

XIV. — La duboisine, par malheur, a agi très désavantageusement sur la nutrition, particulièrement à la longue, et il est à craindre que cette action dénutritive, malgré les merveilleuses propriétés sédatives du médicament, ne s'oppose à son emploi, surtout longtemps continué, ainsi que l'exigerait la thérapeutique des maladies mentales dont l'évolution est toujours fort longue.

RECUEIL DE FAITS

PSEUDO-SCLÉROSE EN PLAQUES D'ORIGINE PALUSTRE

Par le Dr TRIANTAPHYLLIDÈS (de Batoum).

Observation. — Chalmag..., restaurateur, trente-six ans, né à Tiflis et habitant Batoum depuis un an et demi. Antécédents héréditaires nuls. Toujours bien portant, sans aucune nervosité, ni trace de diathèse rhumatismale, sept ans avant, pendant un de ses voyages fréquents dans les pays marécageux, il a contracté le paludisme dont il fut vite guéri, et il y a deux ans il m'a consulté pour des ulcères aux jambes, qu'il avait depuis plusieurs mois et qui sont vite guéris par l'iodure de potassium, malgré l'affirmation du malade qu'il n'a jamais contracté la syphilis. Vers le 20 du mois de septembre, il fut atteint de paludisme à accès réguliers quotidiens au début, puis réguliers et atypiques, et au bout de vingt à vingt-cinq jours, grâce à sa faiblesse progressive, il a dû garder le lit. Le 13 octobre 1892, c'est-à-dire le vingt-troisième jour de sa fièvre, je l'ai vu dans l'état suivant :

Le malade, d'une constitution assez robuste, est couché sur le dos, immobile, ayant le faciès d'une cachexie palustre précoce. Apyrétique, depuis cinq jours il n'a plus d'accès de fièvre. Sa

physionomie exprime une tristesse profonde et il pleure à chaque instant. La parole est lente et scandée, absolument caractéristique de la sclérose en plaques. Au repos le malade n'accuse aucun tremblement, mais en l'engageant de porter la main sur la bouche, celle-là est prise d'un tremblement qui augmente d'amplitude avec l'étendue du mouvement, et elle atteint difficilement le but. Aux yeux on remarque le nystagmus net. Sitôt que le malade, aidé par nous, lève sa tête, il est immédiatement pris de vertige accompagné de tremblement de tout le corps, avec raideur musculaire et commencement de perte de connaissance, et pour éviter une attaque épileptiforme nous le recouchons immédiatement et le malade reprend vite son calme. Chaque tentative pareille est accompagnée des mêmes phénomènes. Les réflexes tendineux sont exagérés dans les quatre membres. Sensibilité générale et sens spéciaux normaux. Aucun signe d'hystérie ni de neurasthénie.

Foie et rate très engorgés, la dernière est dure et palpable. Langue humide et un peu chargée, inappétence complète et légère constipation. Rien de particulier du côté des autres organes. *Traitement :* injections hypodermiques de quinine bimuriat., 1 gramme à la fois et chaque jour.

17 *octobre*. — Après la deuxième injection de quinine, le malade peut déjà tenir la tête soulevée sans menace d'accès épileptiforme, et après la quatrième injection, l'état vertigineux est tellement atténué, que nous pouvons tenir le malade debout pendant quelques minutes. Je remarque en même temps, que le tremblement des mouvements intentionnels est moins accusé, le moral se rétablit et l'appétit revient. Je lui pratique la cinquième injection hypodermique de quinine et je lui administre la quinine par la bouche, 1 gr. 20 par jour.

21. — Le malade se présente à la consultation chez moi, appuyé sur une canne. Debout, il a la démarche de tabes dorsal spasmodique, grâce à la rigidité musculaire des membres inférieurs, rigidité qui disparaît au repos. Les vertiges ne lui arrivent que par moments et passent vite sans qu'il soit obligé de prendre la position horizontale. Avec trois de mes collègues, que j'ai invités exprès pour examiner le malade, nous retrouvons encore tous les signes classiques de la sclérose en plaques, signes qui malgré leur atténuation, sont encore assez accusés pour ne permettre aucun doute sur le diagnostic.

Foie et rate moins engorgés. Fonctions digestives normales. Urines normales. Examen du sang : hémoglobine 0,65. Plasmodies pigmentées en abondance et quelques-unes en forme de croissant. Le malade n'a plus eu d'accès de fièvre. *Traitement :* sixième injection hypodermique de quinine 1 gr. 20 et traitement ultérieur quinine 1 gr. 20 par jour.

23. — L'amélioration s'accentue. Vertiges disparus, parole moins scandée, démarche plus normale, réflexes moins exagérés. *Traitement :* septième injection de quinine 0 gr. 80 et quinine 1 gr. 20 par jour.

26. — Amélioration plus accentuée, le malade marche bien et sans l'appui de la canne. La parole est un peu lente, mais peu scandée. On remarque encore un léger tremblement qui ressemble à celui des alcooliques, réflexes normaux; le nystagmus n'est plus constant et à peine appréciable. Foie et rate restent engorgés. Plasmodies pigmentées dans le sang en moindre quantité. Etat général excellent. *Traitement :* 1 gr. 60 de quinine muriat. par jour en quatre doses, teinture de quinine et arsenic.

11 *novembre.* — Je retrouve mon malade complètement guéri, il me raconte que quatre jours après la dernière consultation, se sentant bien il a laissé tout traitement. Il ne présente plus aucun signe de la sclérose en plaques.

Mai 1893. — Depuis cinq mois et demi, je vois de temps en temps mon malade qui se porte tout à fait bien. Pendant ce temps là, il a eu deux fois la fièvre, sans aucun autre trouble, qui a passé sans traitement, ou avec un peu de quinine.

L'origine palustre de ces troubles ne laisse à l'esprit aucun doute, et la quinine paraît avoir eu une efficacité. Hirt, dans son *Traité des maladies du système nerveux* mentionne les accès de fièvre précédant la sclérose en plaques ; mais la brusquerie de l'invasion de ces troubles et la guérison si prompte de mon malade éloignent l'idée d'une sclérose vraie, et rapproche mon cas de la pseudo-sclérose en plaques, observée aussi dans le rhumatisme. Il serait intéressant de savoir si les cas analogues, non traités, ont abouti à la sclérose en plaques vraie. En tout cas il faut noter que parmi les milliers de paludiques et d'autres malades que j'ai eu à soigner dans l'espace de six ans à Batoum, je n'ai jamais rencontré la sclérose en plaques, qui paraît une maladie excessivement rare dans un pays aussi marécageux que Batoum.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. RAPPORT SUR UN CAS DE MICROCÉPHALIE : OPÉRATION ; MORT ; REMARQUES; par J.-F. BINNIE. (*Kansas City Med. Index*, 1892, XIII. 125 et *Arch. of Pediatrics*, 1892, nov., p. 877.)

L'enfant était un garçon âgé de vingt mois. Le diagnostic était microcéphalie et arrêt dans le développement du cerveau, amenant des altérations rétrogrades dans la parole et dans les régions motrices. Il mourut treize heures après l'opération.

Le rapporteur qui a analysé ce cas et d'autres rapportés en tire deux conclusions : 1° qu'il y a deux formes de microcéphalie : (a) congénitale, (b) acquise, et 2° que la crâniotomie qui semble indiquée dans la microcéphalie acquise, serait probablement très inutile dans la microcéphalie congénitale.

II. LA CRANIECTOMIE CONTRE LA MICROCÉPHALIE ET L'IDIOTIE; par J. MŒCKEL. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1893, p. 27.)

La *chirurgie du crâne*, dit M. J. Bœckel, m'a permis d'expérimenter la méthode opératoire que M. Lannelongue a tout dernièrement préconisée contre la microcéphalie et l'idiotie [1]. J'ai eu l'occasion de faire neuf fois la *crâniectomie* pour des affections de cette nature. Trois fois sur des microcéphales de onze ans et un an, une fois sur un garçon de cinq ans, atteint d'épilepsie jacksonnienne, une fois dans un cas de méningite chronique avec contractures généralisées, enfin quatre fois sur des idiots. Comme je me propose de faire sur ces différents cas un article spécial, je n'insisterai pas ici sur la valeur de cette opération. Je me bornerai à dire qu'à part les cas de microcéphalie, et encore elle a été loin de me satisfaire au point de vue des résultats définitifs, elle est peu efficace. Le silence qui semble d'ailleurs se faire autour d'elle et les attaques dont elle a été l'objet de différents côtés, confirment d'ailleurs, l'opinion sommaire et le jugement peut être précoce que ma faible expérience vient de me faire porter sur elle.

[1] Nous rappellerons que la première crâniectomie a été pratiquée en 1877, par M. le Dr Fuller (de Montréal).

III. Microcéphalie et craniectomie; par le Dr Hadden.

Le Dr Hadden a fait voir un cas de *microcéphalie* chez un enfant atteint de rigidité des membres et de rétraction de la tête. Les parents étaient sains, mais la mère avait eu trois frayeurs distinctes pendant les premiers mois de la gestation. Les fontanelles étaient apparemment fermées à la naissance. Le Dr Wallace Ord et le Dr Lees ont fait connaître des cas semblables et la question de la crâniectomie fut soulevée. Le Dr Jones (d'Earlswood), dit que le pronostic était nécessairement très obscur. Dans ces circonstances, il pensa qu'une opération était permise. Il écarte l'idée des impressions maternelles et dit qu'un tel cas formait les 9/10 de ceux de l'asile de Earlswood. La voûte du palais était absente, les enfants avaient ordinairement une humeur revêche, et les progrès lents. Il renvoie à un examen qu'il a fait après la mort sur un cas d'adulte, chez lequel les lobes occipitaux étaient défectueux et où il y avait aplatissement du gyrus angulaire. La plupart des cas deviennent épileptiques. Une opération a été pratiquée dans quatre cas, mais il ne sait pas encore les résultats. (Société clinique de Londres, 26 fév. 1892, d'après *The Lancet,* du 5 mars, p. 531.)

Ces nouveaux documents viennent à l'appui de la thèse que nous avons soutenue, que, sauf dans les cas où la défectuosité mentale reconnaît pour causes un traumatisme, l'intervention chirurgicale n'est pas justifiée. Elle ne constitue même pas un adjuvant du traitement médico-pédagogique.

IV. L'exalgine dans les maladies nerveuses et mentales; par le Dr Ventra. (*Il manicomio*, fasc. I, 1892.)

Dans les névralgies, l'exalgine est un remède analgésique d'un effet certain. Elle est moins active contre les céphalées diffuses dans lesquelles on peut obtenir des résultats plus satisfaisants par l'usage de l'antipyrine. Le processus fébrile ne constitue pas une contre-indication à l'emploi de l'exalgine. Dans la folie épileptique, elle est toujours restée sans effet : l'état des malades soumis à ce traitement ou bien est resté stationnaire, ou bien s'est aggravé soit par la fréquence et l'extensité plus grandes des accès convulsifs, soit par l'agitation post-épileptique et l'excitabilité du caractère. Le bromure de potassium uni à l'exalgine a, dans quelques cas, déterminé une légère amélioration qu'on eût pu obtenir avec la même dose du seul bromure. Dans la manie, l'exalgine n'agit ni comme calmant, ni comme hypnotique. Il en est de même dans la mélancolie. Il résulte de ces recherches que si l'exalgine a bien une action analgésique, elle n'a point, comme l'a dit Dujardin-Beaumetz, d'action anticonvulsivante ni calmante. J. Séglas.

V. Sur le traitement de la folie par l'hypnotisme; par M. Percy Smith et A.-T. Myers. (*The Journal of mental Science*, avril 1890.)

Après un court historique consacré au rôle de l'hypnotisme dans le traitement des maladies mentales, les auteurs ont résumé sous forme tabulaire les différents cas, suivis ou non de succès, dans lesquels on a eu recours à l'hypnotisme; ces cas sont au nombre de cinquante et appartiennent à Aug. Voisin, à Dufour, à Jules Voisin, à G. Burckhardt, et à Forel.

MM. Percy Smith et Myers ont poursuivi des recherches dans le même sens à l'hôpital Royal de Bethlem, leurs expériences ont porté sur 21 malades, et ont presque complètement échoué tant au point de vue purement hypnotique qu'au point de vue thérapeutique. Dans quatre cas, les malades ont paru présenter une légère amélioration. Sur ces quatre malades trois refusaient de manger, et certainement il y a eu à cet égard une légère amélioration après les tentatives hypnotiques, mais les auteurs estiment eux-mêmes que le soin tout particulier qu'on a pris à ce moment de les encourager à s'alimenter paraît avoir joué un rôle plus efficace que l'hypnotisme. Dans le quatrième cas, il n'y avait pas de stupeur et si la suggestion a donné de bons résultats, il faut reconnaître que c'était de la suggestion sans hypnotisme. Dans deux cas, l'hynotisation des malades a été certaine, mais la suggestion n'a été suivie d'obéissance. Enfin dans un cas qui, au début, semblait promettre de beaux résultats on a observé une marche inverse de celle que suivent ordinairement les phénomènes, et l'obéissance aux suggestions, au lieu de devenir de plus en plus passive, a pris une allure rapidement décroissante. La cause d'insuccès la plus fréquemment signalée dans les observations a été l'impossibilité de fixer l'attention des malades. R. M.-C.

VI. Sur l'emploi de l'hypnotisme chez les aliénés; par George M. Robertson. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1893.)

Après des expériences, d'ailleurs assez restreintes, sur l'emploi de l'hynoptisme chez les aliénés, M. Robertson a été amené à penser que les pratiques hypnotiques pouvaient être utilisées à un double point de vue : 1° le point de vue thérapeutique; 2° le point de vue qu'on pourrait appeler disciplinaire.

Au point de vue thérapeutique l'hypnotisme est directement utile : 1° dans l'insomnie, où il réussit parfois alors que les divers traitements pharmaceutiques ont échoué ; le sommeil hypnotique, d'ailleurs, doit être préféré au sommeil provoqué par les narcotiques, parce qu'il se rapproche davantage du sommeil physiologique et ne s'accompagne pas de dépression ; 2° dans les périodes d'excitation, comme agent sédatif ; il peut ici empêcher l'excitation pas-

sagère de dégénérer en manie dans un cerveau en état d'instabilité manifeste; 3° dans les états vagues de délusions et dans les psychoses encore peu accusées, où la suggestion verbale pendant l'état hypnotique peut corriger un trouble mental encore léger.

Au point de vue disciplinaire l'hypnotisme peut aider à vaincre la résistance opposée par les malades aux traitements les plus indispensables du traitement; on peut avec ce secours décider les malades réfractaires à prendre les médicaments utiles, ou même à accepter des aliments dont le refus formel avait nécessité l'emploi de la sonde. En outre, dans certains cas, — malheureusement pas dans tous, l'hypnotisme peut chez des malades agités ou violents, remplacer la camisole, la ceinture, ou les agents pharmaceutiques, ou du moins atténuer l'emploi de ces divers moyens de contention.

Il ne faudrait pas toutefois se faire d'illusions sur le rôle possible de l'hypnotisme chez les aliénés; s'il peut être utile dans les cas qui viennent d'être indiqués, il est à peu près certain qu'il demeure impuissant sur les troubles mentaux, et il ne saurait, du moins à l'heure actuelle, être considéré comme un agent curatif. — Il faut ajouter que, dans les asiles, il ne doit être employé qu'avec certaines précautions dans un milieu où la croyance pathologique aux forces occultes et aux puissances mystérieuses n'est déjà que trop commune. R. M.-C.

VII. Sulfate de duboisine chez les aliénées chroniques; par P. Nœcke. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 6.)

En l'administrant comme réactif chez vingt et un malades en injections hypodermiques à la dose d'un demi-milligramme répétée jusqu'à quinze fois on obtient du calme et même du sommeil. A l'intérieur chez dix-neuf sujets, aux doses de deux tiers de milligrammes à un milligramme et demi. Ce résultat est presque toujours positif; action hypnotique. Ses inconvénients sont en ce qui concerne l'injection sous-cutanée : lassitude, vertiges, titubations, obtusion mentale, inconscience, mydriase, sécheresse de la gorge, inappétence, céphalalgie, crampes. L'administration gastrique n'a guère d'inconvénients.

Conclusion. — Comme agent sédatif prescrivez-le en injections hypodermiques, d'abord d'un demi-milligramme, puis graduellement jusqu'à deux milligrammes jusqu'à ce qu'il « grise ». Neuf cents injections hypodermiques et dix-huit cents ingestions gastriques permettent d'affirmer que le médicament n'agit pas sur la maladie, que l'injection sous-cutanée provoque peu d'assuétude que l'injection gastrique produit plus vite l'assuétude que l'injection sous-cutanée. P. K.

VIII. Des infusions de chlorure de sodium chez les aliénés sitéophobes en état de collapsus; par G. Ilberg. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 6.)

Injection sous-cutanée en masse de solution de 0,75 p. 100. Elle dissipe le danger immédiat du collapsus et relève la nutrition, tout en faisant disparaître la sitiophobie, probablement en excitant la sécrétion salivaire et la sensibilité gustative. Elle met fin à l'état mental des aliénés qui présentent du désordre dans les idées avec inconscience. C'est le procédé Mercklin. P. K.

IX. Un cas de démence aigue; traitement par les applications chaudes et froides sur la tête, l'électricité, le massage général, etc. Guérison; par Alex. Robertson. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1891.)

Après l'essai de divers traitements, l'amélioration n'a commencé à apparaître nettement que sous l'influence des applications locales chaudes et froides sur la tête. Les cheveux avaient été préalablement rasés. L'auteur expérimente actuellement le même traitement dans un cas de mélancolie rebelle datant de trois ans; mais dans le second cas la malade n'a pas été rasée; il a constaté une amélioration, toutefois le traitement est institué depuis trop peu de temps pour que les résultats puissent être considérés comme démonstratifs. R. M.-C.

XI Quelques cas d'épilepsie traités par l'hydrate d'amylène; par Edwin L. Dunn. (*The Journal of Mental Science*, Octobre 1891.)

L'auteur a constaté que sous l'influence de ce médicament, on commençait toujours par obtenir quelques résultats en apparence favorables: peut-être ces avantages ont-ils été réels et durables dans les cas les plus légers; mais dans les cas graves, ils ont promptement cessé de se manifester, et le médicament est resté sans action sur l'excitation épileptique alors même que les doses ont été poussées assez loin. Dans ces conditions on peut se demander si l'amélioration obtenue dans les cas légers était bien réellement due à l'agent pharmaceutique. En tout cas, M. Dun estime que les résultats qu'il a obtenus ne sont pas assez encourageants pour qu'il y ait avantage à substituer à la médication bromurée l'hydrate d'amylène, qui a, par surcroît, l'inconvénient d'être d'un prix élevé. R. M. C.

SOCIETÉS SAVANTES

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

IVe SESSION DE LA ROCHELLE.

Séance du 1er août 1893. — PRÉSIDENCE DE M. CHRISTIAN.

Le mardi 1er août, à neuf heures du matin, s'est réuni le cinquième congrès des médecins-aliénistes de langue française, au palais de la Bourse à la Rochelle. Après l'installation du bureau et l'élection des secrétaires, M. le Dr CHRISTIAN, médecin en chef de la Maison Nationale de Charenton, président de la Société médico-psychologique de Paris, a été élu président.

Ont été ensuite nommés :

Secrétaire général : M. le Dr Mabille, directeur médecin en chef de l'asile de Lafond; — secrétaires des séances : MM. Colin, médecin de l'asile de Lafond, et Pactet, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris.

Lecture est tout d'abord donnée du rapport préparatoire *Sur les maladies mentales dans leurs rapports avec les auto-intoxications*. Cette étude est due à MM. Régis (de Bordeaux) et Chevalier-Lavaure (d'Aix). Les auteurs rappellent tout d'abord les trois grandes causes d'intoxication qui peuvent résulter de troubles dans la nutrition de l'organisme : 1° production anormale de substances toxiques; 2° transformation incomplète de celles introduites dans l'organisme; 3° élimination insuffisante des poisons normaux et anormaux, d'où auto-intoxication.

Ils rappellent ensuite brièvement l'historique des recherches sur la question depuis les anciennes théories humorales jusqu'aux études de Selmi et Gautier, de Bouchard et de son école en France.

C'est chimiquement, et expérimentalement, que les principales toxines doivent être déterminées et reconnues tant dans l'organisme normal que dans l'état de maladie : Produits de la vie cellulaire de nos tissus ou des cellules microbiennes parasites, ces alcaloïdes (leucomaïnes ou ptomaïnes) s'éliminent surtout par le rein,

aussi est-ce dans l'urine et ses produits extractifs que les expérimentateurs les ont surtout étudiés.

C'est par les injections intraveineuses qu'ont été déterminées les grandes règles de l'expérimentation, où l'on doit tenir compte et du temps écoulé pendant l'injection, et du poids de l'animal en expérience par rapport à la quantité injectée. Mais la toxicité des urines est en raison inverse de celle du sérum et des autres produits de sécrétions et excrétions physiologiques.

Les éléments de l'empoisonnement par l'organisme sont donc multiples; outre les toxalbumines, protéines, diastases, etc., il faut tenir compte des matières minérales : potasse, soude, acide.

Comme l'a dit Bouchard, l'homme est un réceptacle et un laboratoire de poisons synthétisant les applications des données précédentes à la psychiatrie et à la neuropathologie, les auteurs posent les conclusions suivantes :

La toxicité de l'urine serait notablement diminuée dans les états maniaques, augmentée, au contraire, dans les états mélancoliques. De plus, l'urine des maniaques et celle des mélancoliques aurait des effets différents sur les animaux injectés; la première produirait surtout de l'excitation, de la convulsibilité; la seconde de la tristesse, de l'inquiétude, de la stupeur : preuve péremptoire que l'auto-intoxication serait la cause et non l'effet de l'état mental. Comme cela a été constaté dans certaines maladies auto-toxiques, par exemple l'éclampsie, il y aurait assez souvent dans la folie toxicité inverse de l'urine et du sang; dans la manie, notamment, le sang est parfois d'autant plus hypertoxique que l'urine est plus hypotoxique.

2° Ces résultats qui, tout incomplets qu'ils soient, montrent par leur concordance à peu près absolue que les phénomènes d'auto-intoxication jouent un rôle important dans les maladies mentales, sont confirmés par les récentes recherches nosologiques sur les folies des maladies infectieuses aiguës, des maladies viscérales, des maladies diathésiques.

En ce qui concerne les psychoses des maladies infectieuses, elles seraient le résultat soit de l'action directe des microbes, soit de leur action indirecte et médiate par les toxines qu'ils sécrètent; au point de vue clinique, elles peuvent se présenter à deux moments différents, et, par suite, sous deux aspects. Durant le stade fébrile, elles revêtent ordinairement la forme d'un délire aigu. Durant le stade post-fébrile ou la convalescence, on a affaire à la psychose dite asthénique, état mental plus ou moins variable d'aspect, constitué d'habitude par du désarroi intellectuel, de la stupidité, de l'obnulation, de la pseudo-démence, de la confusion mentale; peut-être y aurait-il lieu d'admettre une troisième forme intermédiaire aux deux précédentes.

Les psychoses viscérales sont elles aussi, à n'en pas douter, et

dans une large mesure, la conséquence d'une auto-intoxication. Ce sont même, à vrai dire, les véritables folies par auto-intoxication.

On peut dire que, dans les cas où l'intoxication est aiguë, la folie se manifeste habituellement sous la forme d'un délire aigu, toxique, semblable au délire alcoolique (c'est le cas pour la folie urémique); lorsque l'intoxication est lente et chronique, c'est d'ordinaire d'un état mélancolique qu'il s'agit; enfin, on peut observer parfois des états rappelant de plus ou moins loin la démence paralytique.

Les psychoses diathésiques, bien que rentrant dans la question des folies par auto-intoxication et par infection, n'ont pas été l'objet de développements étendus; durant les épisodes aigus des diathèses ces psychoses revêtiraient aussi le type du délire aigu toxique; ces accès semblent correspondre aux variations de composition des liquides organiques (décharges uriques précédant la fin de la crise, et hypotoxicité urinaire).

Le traitement anti-infectieux, antiseptique, général ou local, et c'est là un argument puissant en faveur de l'origine toxique des folies étudiées, donne souvent ici d'excellents résultats. Bien qu'on ne puisse formuler à cet égard une thérapeutique définitive, les faits sont néanmoins assez nombreux pour établir que, dans les folies infectieuses ou auto-toxiques, c'est au traitement de l'infection ou de l'auto-intoxication qu'il faut surtout s'adresser pour combattre et guérir le trouble mental.

M. Gilbert BALLET (de Paris) en son nom et au nom de MM. Bordas et Roubinovitch, résume les résultats des recherches qu'ils ont faites en commun sur la toxicité et la composition chimique de l'urine des aliénés. La question des relations des vésanies avec les auto-intoxications est une de celles qui, depuis quelques années, s'impose le plus vivement à l'attention des aliénistes; aussi a-t-on été bien inspiré en la mettant à l'ordre du jour du Congrès. Toutefois, le titre adopté n'est-il pas trop compréhensif? En visant dans son ensemble le problème des auto-intoxications dans les maladies mentales, on laisse sans doute le champ plus libre aux diverses communications qui pourront se produire, mais on court le risque de voir la discussion s'égarer sans que les orateurs se rencontrent. Peut-être eût-il été préférable de préciser les points sur lesquels le débat aurait dû s'établir.

Toute auto-intoxication a pour résultat une modification de la composition chimique et par suite des propriétés des humeurs et des liquides d'excrétion de l'économie. Il était dès lors tout naturel de chercher dans les altérations de ces liquides la preuve des troubles de nutrition dont les vésanies étaient supposées s'accompagner. Parmi ces liquides, l'urine qui est la voie d'élimination la plus importante de l'organisme, et qui se prête à l'étude mieux que toute autre sécrétion, devait surtout fixer l'attention.

Les expériences entreprises sur la toxicité urinaire chez les aliénés

ont paru donner d'intéressants résultats. Mais M. Ballet insiste sur ce fait que ces expériences ne sont pas toujours parfaitement comparables entre elles : cela tient à ce que la technique employée par les divers expérimentateurs, pour avoir été à peu près toujours la même dans l'ensemble, n'a pas toujours été uniforme dans le détail. A ce propos M. Ballet s'attache à montrer l'importance qu'il y aurait à tenir compte dans toutes les recherches de la vitesse avec laquelle sont faites les injections d'urine, de la température de l'urine injectée, de la quantité d'urine rendue en 24 heures par le malade qui est le sujet de l'expérience, du régime auquel est soumis ce malade, du degré de résistance difficile à apprécier de l'animal servant à l'expérimentation.

Si l'on veut s'assurer que les phénomènes constatés sont bien le fait de la toxicité urinaire seule, il est nécessaire que d'ailleurs toutes choses soient égales, condition qui n'a pas toujours été réalisée et qui, il faut le dire, n'est pas toujours facile à réaliser.

A ce point de vue, M. Ballet cite quelques expériences qui sont de nature à jeter le trouble et à faire naître des doutes sur la valeur du procédé expérimental employé. Il a tué des lapins avec 14 cc. d'eau distillée par kilogramme, avec 10 cc. 25 d'eau ordinaire, avec 9 cc. d'une solution se rapprochant d'une urine artificielle. Voilà donc des liquides qu'on était en droit de supposer peu nocifs (l'eau distillée peut être exceptée) et qui se sont montrés notablement plus toxiques qu'une urine normale et même que la plupart des urines pathologiques.

Quoi qu'il en soit, MM. Ballet et Roubinovitch ont poursuivi leurs expériences sur le lapin avec des urines de mélancoliques, de maniaques, de malades affectés de confusion mentale et de délire dégénératif.

En prenant comme chiffre de la toxicité des urines normales ceux indiqués par M. Bouchard (45 cc. par kilogramme en moyenne), les urines des mélancoliques se sont constamment montrées plus toxiques que celles de l'état physiologique. Sur six expériences, six fois le résultat a été le même au degré pris (30 cc., 30, 7, 11, 30, 18) : il semble donc significatif, d'autant plus qu'il est conforme à ce qu'ont constaté la plupart des expérimentateurs (Chevalier-Lavaure, Bak et Schlosse, Brugia, Mairet et Bosc). Mais on trouve là encore certaines anomalies embarrassantes :

Chez l'une des malades les urines ont continué à se montrer toxiques après la guérison ; elles l'étaient même à ce moment notablement plus qu'au cours de la maladie, et à cette époque on était logiquement en droit de supposer que les produits fabriqués au cours de l'état morbide étaient complètement éliminés. MM. Ballet et Roubinovitch relèvent d'ailleurs que l'hypertoxicité des urines a coïncidé dans presque tous les cas avec un état saburral très accusé

des voies digestives et ils se demandent s'il ne faut voir dans des fermentations intestinales et anormales la cause du phénomène. Divers faits qu'ils citent viennent à l'appui de cette interprétation.

Chez trois maniaques, les urines ont semblé moins toxiques qu'à l'état normal; mais, pour diverses raisons, les auteurs font des réserves sur la signification de ces dernières expériences. Dans deux cas de confusion mentale, l'une post-puerpérale, l'autre consécutive à des fatigues physiques et morales, les urines ont été nettement (légèrement dans un cas) plus toxiques qu'à l'état physiologique et la toxicité s'est atténuée pendant la convalescence.

Tout en donnant ces résultats extraits de l'ensemble de ces expériences, les auteurs pensent qu'il ne faut pas exagérer l'importance: l'étude de la toxicité urinaire chez les aliénés a sans doute son utilité, mais ce serait, leur semble-t-il, s'aventurer que de fonder sur elle seule des distinctions nosologiques, l'une des urines les plus toxiques (9 cc. par kilog.) que l'auteur ait rencontrée était celle d'un homme hystérique, sans manifestation délirante et sans trouble apparent de la santé, autre que l'hystérie.

M. Ballet pense que l'analyse chimique des urines n'a pas moins d'intérêt que l'étude de leur toxicité. Aussi s'est-il attaché, avec le concours de M. Bordas, à rechercher les produits anormaux qu'elles peuvent renfermer. Les auteurs ont fixé particulièrement leur attention sur les ptomaïnes.

Les analyses ont porté sur cinq urines d'individus bien portants et sur dix urines d'aliénés. Chez les gens bien portants on n'a trouvé aucune trace de ptomaïne. Les malades doivent être divisés en deux catégories : dans la première figure un dégénéré avec excitation maniaque, un maniaque simple, une dégénérée avec délire mystique, une femme atteinte de confusion mentale puerpérale. Les ptomaïnes faisaient défaut dans ces quatre cas.

Dans six autres, au contraire, on en a trouvé en quantité notable. M. Ballet a montré des photographies représentant ces ptomaïnes. Les six malades se répartissent ainsi : deux maniaques, deux mélancoliques simples, une dégénérée avec délire mélancolique, une jeune fille atteinte de confusion mentale. Chez deux seulement (mélancolique simple et confusion mentale) les ptomaïnes étaient toxiques, comme l'ont montré les expériences faites directement avec ces corps sur la grenouille et le cobaye. Il est intéressant de relever que, dans ces deux cas, l'expérimentation faite avec l'urine en nature avait décelé une notable hypertoxicité du liquide.

Par contre, chez l'un des malades (dégénérée avec délire mélancolique), dont les urines étaient également hypertoxiques, l'analyse décela la présence d'une ptomaïne non toxique : ce qui suffirait à établir, s'il était besoin, que ce n'est pas seulement aux produits alcaloïdiques qu'elle renferme accidentellement que l'urine emprunte sa toxicité.

M. Ballet, en citant ces faits, n'a pas la prétention d'en tirer des conclusions : il s'agit là de recherches à peine ébauchées et qui sont à poursuivre. Il pense que la question des relations des auto-intoxications avec les maladies mentales est à son aurore, et qu'en ce moment toute tentative de synthèse serait au moins prématurée.

Séance du 1er août (soir).

Le Président donne la parole à M. A. Voisin (de Paris), qui rapporte quelques cas de délire qu'il a observés chez des opérées d'ovariotomie. Ces malades mortes dans les quarante-huit heures après l'opération n'offraient à l'autopsie aucune trace de foyer septique permettant d'expliquer la complication cérébrale par le mécanisme de l'auto-intoxication infectieuse; on ne pourrait qu'invoquer un choc moral et le traumatisme opératoire. Après quelques critiques de détail concernant le rapport de MM. Regis et Chevalier-Lavaure, M. Voisin donne lecture de quatre observations rentrant dans le cadre proposé par ces auteurs.

Les deux premières sont des manies éclamptiques liées à une grossesse terminée par un accouchement normal. Guérison simultanée de l'albuminurie et du délire par un traitement (saignée, régime lacté, benzoate de lithine, etc.). Les deux autres sont des observations de brightiques amnésiques à dépression mélancolique, guéris aussi du délire en même temps que de l'albuminurie. M. Voisin termine par l'observation d'un hépatique répondant assez bien aux cas décrits par les auteurs du rapport sous le nom de psychoses viscérales.

M. Jules Voisin lit une communication sur la *toxicité des urines chez les épileptiques aliénés*. Dans les cas de crises en série, il y a tout d'abord prodromiquement hypotoxicité pendant la série, la toxicité tend à se relever vers la normale. La série terminée, disparition de l'hypotoxicité et tendances à l'hypertoxicité pendant la phase consécutive de détente. Les cas d'hypotoxicité continués semblent correspondre aux troubles mentaux permanents. Un trouble gastrique profond précède et accompagne toujours les accès et coïncide avec l'hypotoxicité.

Avec M. Raymond Petit, M. J. Voisin a répété ces recherches sur les épileptiques simples, non délirants: elles ont corroboré les précédentes. Les auteurs ont construit pour ces expériences un nouveau dispositif assurant une pression constante pendant l'injection expérimentale, ce qui permet de comparer entre eux les résultats obtenus sur des animaux différents. Il serait à désirer qu'un mode opératoire commun soit adopté pour permettre les comparaisons. Tous les auteurs devraient expérimenter sur la totalité des urines de vingt-quatre heures, adopter une pression constante et des es-

pèces animales identiques. Les veines de l'oreille du lapin paraissent le lieu d'élection pour pratiquer les injections.

M. J. Séglas. — L'influence de l'auto-intoxication dans les maladies mentales n'est encore qu'une hypothèse qui demande l'appui d'observations et d'expériences. Aussi ne peut-il qu'être utile d'en rassembler le plus possible. De ces faits, les uns auront trait à des phénomènes d'auto-intoxication au cours de maladies mentales préexistantes; les autres se rapportent à des cas où il semble y avoir rapport direct, de cause à effet, entre l'auto-intoxication et les troubles intellectuels : ce sont ces derniers seuls que M. Séglas veut envisager dans sa communication. Il présente d'abord quatorze observations personnelles et cherche quelles sont les indications diverses qu'elles peuvent fournir sur la question.

Au point de vue étiologique, sans éliminer l'influence de la prédisposition héréditaire, la cause occasionnelle des troubles psychiques a toujours été aussi vague et peut susciter l'idée d'une auto-intoxcitation d'origine variable. Cette cause, en effet, a été la puerpéralité, différentes maladies infectieuses (influenza, érysipèle, angines, fièvre typhoïde, diarrhée cholériforme), des désordres neurasthéniques avec troubles dyspeptiques, constipation, la misère et l'hygiène défectueuse, etc., etc.

Au point de vue clinique, on rencontre dans tous ces cas le même ensemble de symptômes qui ne diffèrent qu'en intensité. — La maladie revêt toujours le type clinique décrit sous le nom de confusion mentale primitive, simple ou hallucinatoire et allant de la simple torpeur intellectuelle à la stupidité complète. En même temps on a pu noter des troubles somatiques parfois accentués du côté des divers appareils et de l'amaigrissement, des états fébriles, typhoïdes, cachectiques.

Ces remarques s'appliquent aux quatorze cas : mais en outre à propos de deux d'entre eux, M. Séglas a fait des recherches expérimentales et chimiques. Les recherches expérimentales ont eu trait d'abord à la détermination de la toxicité urinaire : injection intra-veineuse, chez le lapin, mais le mode d'expérimentation soulève bien des objections. C'est d'abord la difficulté de fixer exactement le degré de toxicité de l'urine normale; la dose nécessaire pour tuer un kilogramme d'animal et la quantité de poison rejeté dans un nycthémère est très variable. Il faut tenir compte du volume d'urine en vingt-quatre heures et du poids du sujet. L'homme normal mettant en général cinquante-deux heures à éliminer de quoi tuer son propre poids.

C'est le fait le plus constant. Aussi ne faut-il pas, comme on le fait souvent, se borner à fixer le degré de toxicité de l'urine pour un kilog. d'animal sous peine d'erreur, mais calculer le coefficient urotoxique. Cela, il est vrai, est souvent difficile chez l'aliéné, à

cause du gâtisme qui empêche de fixer le volume total d'urine en vingt-quatre heures. D'autre part, l'urine d'un même individu subit d'un jour à l'autre des variations de toxicité dépendant du genre de vie, de nourriture. Aussi est-il urgent de noter ces détails dans les expériences et aussi de les poursuivre plusieurs jours à intervalles rapprochés et suivant les phases de la maladie, afin d'avoir, non plus comme on le fait presque toujours, un chiffre unique pour une maladie qui dure des mois, mais une série de moyennes. Il est encore une cause d'erreur à laquelle on ne peut remédier, c'est la différence de résistance individuelle des animaux en expérience, fussent-ils de même espèce.

Il importe enfin de fixer toujours les conditions de l'expérience. M. Séglas pense qu'il est utile d'élever la température de l'urine au même degré que la température centrale, pourvu que l'écart ne soit pas trop accentué, cela suffit et de l'eau injectée dans ces conditions, en quantité plus que triple n'a pas produit un abaissement plus sensible de la température centrale. L'injection ne doit pas être faite ni trop lentement, ni trop vite, sous peine de fournir des résultats faussés, soit en permettant l'élimination au fur et à mesure, soit en augmentant anormalement la toxicité, ou en modifiant la pression intra-vasculaire.

Si l'on injecte dans les limites de 2 cc. 5 à 5 cc. par minute, les résultats sont très sensiblement comparables et différents de ceux d'une injection d'eau faite dans les mêmes conditions. Il faut toujours injecter d'une façon continue jusqu'à la mort immédiate de l'animal. Le procédé de la mort médiate ne peut servir à une série de recherches, car on ne peut fixer la quantité exacte à injecter : il faudrait alors faire le même jour des injections de quantités différentes en série; encore ce moyen, sans bases fixes, ne peut-il servir que de moyen de contrôle aux expériences de mort immédiate. D'autre part les symptômes de l'intoxication sont variables et ne reproduisent pas, comme on l'a dit, ceux de la maladie.

Chez ses malades, M. Séglas a trouvé, dans un cas, le coefficient protoxique supérieur à la normale, les 5 et 7 juillet (0,489—0,645), tombant en dessous le lendemain (0,287). Ce malade avait été purgé dans la journée du 5 et avait eu six sangsues le 6.

Dans l'autre cas, les urines examinées les 22 juin, 7, 8, 15 juillet ont donné constamment un coefficient urotoxique inférieur à la normale (0,432, 0,407, 0,503, 0,226) régime lacté et œufs au moment de la première expérience; régime commun de l'infirmerie pendant les trois autres. La toxicité du sérum recherchée dans ce cas fut trouvée égale à la moyenne normale.

L'analyse chimique des urines n'a donné rien de particulier pour le premier cas : recherche des ptomaïnes infructueuse. Dans le deuxième cas, il y avait une légère diminution de l'urée, des chlorures et de l'acide phosphorique. Dans une autre série d'analyses

moins démonstratives à cause du gâtisme, il y avait diminution plus grande de l'urée avec augmentation des chlorures; quantité assez abondante d'urobiline.

La recherche des ptomaïnes a permis d'isoler une première fois, dans 475 cc., un produit toxique déterminant instantanément la mort d'une grenouille; une seconde fois, dans 1,100 cc., un produit déterminant la mort immédiate d'une grenouille et d'une souris blanche au bout de cinq jours, le produit n'a pu être déterminé chimiquement.

Il est curieux de remarquer que chez ces deux malades, atteints d'une façon identique, l'urine est plutôt hypertoxique dans un cas et constamment hypotoxique dans l'autre. Et tandis que dans le premier cas l'analyse chimique reste négative, dans le second cas l'analyse de ces urines hypotoxiques montre des variations de quantité des éléments normaux, la présence de l'urobiline et d'un produit toxique déterminant la mort des animaux en expérience. La toxicité du sérum est normale. Ces recherches devront d'ailleurs être continuées suivant les phases de la maladie encore en cours.

Enfin, il est à remarquer que la thérapeutique somatique qui donne dans tous les cas de meilleurs résultats consiste à relever la nutrition. Les émissions sanguines, purgatifs et les sudorifiques et diurétiques employés jadis semblent utiles, peut-être en favorisant l'élimination des poisons. On n'a également qu'à se louer de l'antisepsie gastro-intestinale.

M. Séglas conclut que dans toutes ces observations, si la nature des causes occasionnelles, la symptomatologie identique, l'action de certains moyens thérapeutiques semblent plaider en faveur de l'hypothèse d'une auto-intoxication, la démonstration rigoureuse ne peut pas encore être faite à l'aide des procédés chimiques et surtout expérimentaux, encore bien incertains et ne donnant que des indications vagues et sans précision. D'ailleurs, les résultats, incomplets ou contradictoires, consignés à ce sujet dans toutes les observations publiées jusqu'ici par les auteurs, ne peuvent servir à trancher la question. C'est une voie nouvelle aux recherches, mais on est encore bien loin d'avoir atteint le but.

M. Charpentier (de Paris) lit un travail sur les auto-intoxications dans leurs rapports avec l'aliénation mentale. Il insiste en finissant sur l'influence, exagérée selon lui, attribuée trop souvent à l'hérédité, à l'exclusion des influences occasionnelles physiques et même morales. Après avoir entendu lecture d'une série d'observations de folie brightique rentrant dans le cadre tracé par les rapporteurs et présentées par M. le Dr Cullerre, le Congrès étudie les résultats de recherches faites à l'asile de Lafond par MM. Michaud, Mabille et Collin, sur la toxicité des urines des aliénés. Chez les ar-

thritiques, ces auteurs ont presque constamment rencontré des traces d'albumine en même temps que l'acide urique. Ces albuminuries légères n'offrent pas à l'examen microscopique des traces de cylindres. Au point de vue mental, la plupart de ces malades étaient des mélancoliques hypochondriaques avec vertige, lassitude générale et affaissement physique. Ce sont les malades décrits par Bouchard sous le nom d'oxaluriques. L'indican est rencontré également souvent chez ces malades, indice de troubles gastro-intestinaux profonds : ce sont donc au demeurant des ralentis de la nutrition. Les auteurs rappellent les propriétés toxiques de l'indican, ils se demandent si l'albuminurie elle-même n'était pas une conséquence de l'indicanurie. Par un régime spécial, on peut réduire cette indicanurie.

M. Mabille insiste sur la contre-indication de l'hydrothérapie froide.

En présence d'états mélancoliques par accès, on devra donc dépister soigneusement l'arthritisme et l'albuminurie légère avec indicanurie.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'accès mélancoliques, revenant par exemple de trois en trois jours, on devra songer à une intoxication par élimination insuffisante et hypotoxicité urinaire, d'où nécessité de faire l'essai des urines et l'étude de leur toxicité sur les animaux.

M. Deny (de Paris) rapporte des expériences nouvelles de M. Brown-Séquard. On enlève les reins à un animal à qui on injecte du suc rénal. On obtient ainsi l'anurie avec survie. Ce qui tue paraîtrait donc n'être pas seulement la suppression du filtre rénal, mais la suppression d'une sécrétion particulière au parenchyme rénal. Le rein serait dès lors à la fois sécrétant et excrétoire, c'est-à-dire une glande double, interne et externe, au même titre que d'autres glandes vasculaires (corps thyroïde, capsules surrénales, etc.).

M. Brissaud (de Paris) signale l'intoxication iodoformique comme cause possible d'accidents délirants, post-opératoires graves et même de mort après laquelle l'autopsie ne décèle aucune trace d'empoisonnement septique appréciable.

M. Briand (de Paris), après avoir rappelé sa thèse sur le délire aigu d'origine microbienne, rapproche les délires toxiques par infection des délires alcooliques qui supposent un terrain de prédisposition spécial.

M. Séglas rappelle la diminution de l'urée post-opératoire signalée par M. Lucas-Championnière et la complexité possible du mécanisme dont l'étude nécessite l'examen des facteurs toxiques extérieurs (pansements par exemple) et, dans les facteurs toxiques internes, non seulement les toxicités urinaire et sanguine, mais aussi digestive (stercorhémie). Il cite une observation à l'appui.

M. Régis répond à quelques-unes des objections posées à ses conclusions dont il rappelle la prudence et la réserve; il reconnait la nécessité de reprendre et multiplier les expériences.

M. Roubinowitch fait remarquer à M. Charpentier qu'il s'exagère un peu l'importance de l'étude de la toxicité urinaire chez les aliénés, en fondant dès à présent sur la théorie des auto-intoxications des distinctions nosologiques précises et en privant la dégénérescence mentale de son rôle généralement reconnu comme important. Il répond ensuite à M. Colin en lui rappelant que le plus grand nombre d'expériences faites par MM. Ballet, Bordas et lui ont porté sur l'urine simple non réduite. (M. Colin objectait à MM. Ballet et Roubinowitch l'emploi expérimental d'urines réduites par la chaleur. Communication du matin.)

M. Legrain appelle plus particulièrement l'attention sur le rôle clinique de la question et cherche à établir d'une part qu'il existe des connexions étroites entre les trois états morbides dénommés : confusion mentale, délire hallucinatoire et délire aigu, et, d'autre part, entre ces trois états et les auto-intoxications. A l'appui de ses idées il présente deux observations minutieusement prises, dont l'une est un cas typique d'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale qui s'est présentée cliniquement sous la triple forme simultanée du délire aigu, du délire hallucinatoire et de la confusion mentale. Le lien qui réunit ces états morbides à l'intoxication est évident. L'auteur émet deux idées, l'une qui généralise sa première observation, à savoir que les délires toxiques, quels qu'ils soient affectent un type uniforme, cliniquement parlant, type caractérisé par un mélange, par proportions inégales, des trois syndromes déjà mentionnés. Sa seconde idée, simple hypothèse, est que son cas d'auto-intoxication pourrait être justiciable du coli-bacille dont le rôle pathogénique tend à s'élargir de jour en jour. Le même bacille autochtone serait responsable en général de certaines complications aiguës que l'on observe si fréquemment chez les aliénés à complications gastro-intestinales. La seconde observation est relative à un cas d'auto-intoxication, non plus microbienne, mais d'origine dyscrasique, dystrophique. Cliniquement, la maladie s'est présentée, au point de vue clinique, sous la forme de la confusion mentale avec délire hallucinatoire. Au point de vue somatique, on a observé des spasmes par accès dans divers territoires organiques : spasmes musculaires (aphasie motrice spasmodique et transitoire, secousses musculaires dans les bras (spasmes respiratoires (respiration de Cheyne-Stokes); spasmes circulatoires (tachycardie, suspension et irrégularité des battements cardiaques); spasmes urinaires (alternatives d'anurie relative et de polyurie). Pendant ce temps le malade se montre constamment hypo-azoturique. Un tracé, représentant la courbe de l'urée pendant trois mois, montre

que le malade excrète une moyenne de 9 grammes d'urée par jour. M. Legrain pense que le malade est intoxiqué et que la dyscrasie excrémentitielle est la cause première de l'intoxication. Les deux cas sont superposables au point de vue psychique, bien que les deux intoxications soient différentes dans leur cause. Ce fait prouve l'universalité des caractères des délires toxiques sur laquelle l'auteur a insisté.

Séance du 2 août (matin).

Lecture est donnée du rapport préparatoire de M. Cullerre sur les *faux témoignages des aliénés :* L'auteur du rapport cherche tout d'abord à établir l'incertitude du témoignage des aliénés, quelle que soit la forme de leur maladie, et pose en principe qu'ils ne doivent pas être admis à prêter serment et à témoigner en la forme ordinaire. Tout au plus peuvent-ils être entendus à titre de renseignements comme les enfants et mineurs. Certaines formes partielles de l'aliénation sont, à la vérité, compatibles avec une observation exacte du monde extérieur, mais à moins d'avoir une connaissance approfondie des maladies mentales, nul ne peut être sûr que dans le récit des faits qu'il demande à un aliéné atteint de folie partielle, ce dernier ne mêle aucune illusion, aucune interprétation délirante. Comme dit Georget, dans un procès criminel, la déposition d'un aliéné ne peut avoir à peu près aucune valeur. Les aliénés, dans certains cas, peuvent faussement témoigner contre eux-mêmes; si l'affection mentale est caractérisée, il est facile de rattacher ces auto-accusations à leur véritable origine, mais elles peuvent se produire à la période d'incubation et provoquer une erreur judiciaire, étant méconnues pour ce qu'elles valent. Le plus souvent, ces auto-accusateurs sont mélancoliques ou alcooliques, voire l'un et l'autre. Les faux aveux des hystériques puisent aussi leur source dans l'hallucination et le délire du rêve. Cette dernière catégorie d'auto-accusation semblerait, dit le rapporteur, plus rare de nos jours. Ajoutons pour cause d'aveu d'une culpabilité imaginaire certains paroxysmes psychiques relevant de la dégénérescence mentale acquise ou héréditaire. L'aveu spontané d'un crime n'a donc rien de décisif, et quand preuve ne peut être faite, il y a lieu de soupçonner de folie l'auteur de l'aveu et le soumettre à une expertise. Enfin les psychopathes pseudo-lucides appartenant à la folie héréditaire présentent généralement au point de vue nosologique un caractère commun, faiblesse ou perversion du sens moral. Ils dénoncent par haine, par vengeance, par appétit de mal faire, cela devient chez quelques-uns une idée fixe qui dirige toutes leurs démarches, toutes leurs actions, leur vie entière. Il y a lieu d'appeler surtout l'attention sur les persécutés persécuteurs dont les dénonciations mensongères et les revendications non fondées peuvent être et sont probablement la cause de

nombreuses erreurs judiciaires. L'auteur englobe les hystériques dans le groupe des héréditaires et des dégénérés, selon les données classiques. Tout en maintenant que nombre de ces malades appartiennent bien à ce groupe, il est bon de rappeler que leurs faux témoignages peuvent provenir, et en fait proviennent souvent, d'une autre source que la perversion de leur sensibilité morale, et qu'ils sont alors la conséquence d'une idée délirante tirée d'un rêve ou d'une hallucination. Cette notion jette une vive lumière sur un certain nombre d'accusations étranges et monstrueuses lancées de bonne foi par des hystériques contre des malheureux qui, n'ayant pu démontrer leur innocence, ont reçu une flétrissure et un châtiment immérités. Mieux connue des médecins et mieux appréciée des magistrats, elle pourra éviter à l'avenir les douloureuses erreurs judiciaires dont on peut trouver des exemples dans un passé encore près de nous.

M. Doutrebente, qui prend ensuite la parole, estime que c'est un néologisme de dire *faux* témoignage des aliénés, tout témoignage de délirant étant par définition nul et partant faux. Si la question de ces témoignages est relativement simple pour ce qui concerne les aliénés séquestrés, la difficulté peut être inextricable pour les aliénés libres. L'auteur signale à ce propos une série de faits personnels de ce genre.

M. Roubinowitch lit au nom de M. A. Voisin une observation d'hystérique ayant porté une accusation de viol vis-à-vis d'un élève du service. Cette accusation énoncée avec force détails fut controuvée par le témoignage de la mère qui ne l'avait pas quittée le jour de l'attentat prétendu. Enfin la malade était vierge et reconnut plus tard la fausseté de l'accusation.

M. Mabille relate quelques faits de même ordre.

M. Charpentier rappelle les aveux d'obsessions homicides fausses dans le but de se faire interner; c'est là un cas particulier de simulation de la folie par des aliénés.

M. J. Voisin demande que l'acceptation du témoignage à titre de simple renseignement soit étendue pour l'épileptique : au lieu du délai actuel de trois jours, à la suite des crises, on devrait demander dans ces cas un examen médical préalable pour déterminer nettement l'état mental.

M. Briand appelle l'attention du Congrès sur le cas possible de faux témoignages se corroborant par suite de folie communiquée, plusieurs malades affirmant la même accusation fausse par suite d'un délire commun, M. Régis a d'ailleurs signalé ces cas.

M. Doutrebente rappelle un cas de persécuté à idées d'empoisonnements mort à l'asile, et dont la domestique libre et persécutée

de la même façon dénonça la mort comme causée par le poison, d'où exhumation et expertises délicates.

M. Mabille insiste sur la persistance possible des images hallucinatoires de certains alcooliques qui persistent dans leurs témoignages erronés assez longtemps après l'accès délirant.

M. Christian déplore en terminant la facilité avec laquelle les autorités compétentes accueillent parfois les dénonciations des malades les plus extraordinaires, il rappelle le cas de ce malade mort d'étranglement interne à l'Asile clinique, pour lequel une enquête fut faite, un autre aliéné ayant dénoncé l'interne du service comme l'ayant étranglé.

M. Briand propose au Congrès d'émettre le vœu que « *les autorités compétentes n'acceptent qu'avec la plus grande réserve le témoignage des aliénés.* » Cette proposition est adoptée.

Le Congrès se sépare après avoir voté la fusion des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française.

Cette proposition, déposée par M. Brissaud, appuyée par divers membres du Congrès, entre autres M. Bourneville, Deny, etc., avait déjà été faite au Congrès de Rouen, en 1890, par M. Sollier. Depuis lors, en maintes circonstances, soit dans les *Archives*, soit dans le *Progrès médical*, quand il était question du Congrès des aliénistes, on ajoutait souvent — avant la lettre — et des neurologistes. La décision du Congrès nous paraît excellente. D'ailleurs, elle ne fait que confirmer ce qui existait dans la pratique.

Séance du 2 août (soir).

Lecture est donnée du rapport préparatoire de M. Giraud sur les *Sociétés de patronage pour les aliénés sortants.*

Après avoir rappelé le remarquable rapport fait sur les Sociétés de patronage par M. Bourneville au Conseil supérieur de l'Assistance publique, et le rapport du même auteur à la Commission de surveillance des asiles de la Seine, documents où il a largement puisé, M. Giraud expose en détail les efforts faits jusqu'à ce jour en France pour le patronage des aliénés (Sociétés créées par MM. Falret, Baillarger, Mitivié, David Richard, etc.) et les résultats de la récente intervention de pouvoirs publics dans la question (1889), M. Giraud expose l'organisation des Sociétés de patronage étrangères sur lesquelles a pu porter son enquête. C'est ainsi qu'il passe en revue les principales institutions de l'Allemagne, de la Belgique, Italie, Autriche et Grande-Bretagne. Les Sociétés de patronage suisses font l'objet d'une étude spéciale et particulièrement détaillée de M. le Dr Ladame, étude annexée au rapport. De tout l'exposé il résulte que le principe même des Sociétés de patronage ne saurait

être discuté; ce qui a été dit il y a plus de cinquante ans reste toujours vrai : La Société n'a pas rempli sa tâche jusqu'au bout lorsque, après avoir assisté des aliénés à l'asile, elle les laisse à la sortie sans appui. Tout asile devrait être, sinon pourvu d'une Société de ce genre, au moins affilié à une œuvre de patronage pour que l'assistance, si elle est encore nécessaire, ne s'arrête pas au seuil de l'asile. L'objection posée de la nécessité de l'intervention des pouvoirs publics est controuvée par le succès si encourageant de l'initiative privée de plusieurs pays (Suisse notamment). L'indifférence du public et le nombre déjà grand des œuvres de bienfaisance sont des obstacles sérieux au début; une propagande active et un taux minime des cotisations peuvent en triompher.

Le faible mouvement de certains asiles et le milieu agricole peuvent restreindre les applications du patronage et en rendre le fonctionnement onéreux; on y peut obvier par une sorte de fédération de diverses Sociétés, une seule pouvant assister les sortants de plusieurs établissements.

Quoi qu'il en soit, aussi bien en France qu'à l'étranger, l'organisation des Sociétés de patronage paraît être toujours réalisable. Reste à choisir entre les différents modes d'organisation. On les peut ramener à deux types qu'on pourrait appeler type Falret ou de Paris, et type David Richard, très développé en Allemagne et en Suisse; le premier type est une Société indépendante, tandis que le deuxième est une dépendance administrative de l'asile. Les deux systèmes répondent chacun à des besoins différents et l'on pourrait appeler l'un système des grandes villes, l'autre système des campagnes. La question du patronage familial, rattaché comme en Belgique aux colonies de Ghéel et Lierneux, ou au Boarding out System, en Angleterre, doit être réservée, en particulier pour ce qui concerne la France, la tentative de Dun-sur-Auron étant de création trop récente et les questions multiples qui se posent à son sujet étant encore pendantes. La grosse question des ressources pécuniaires nécessaires à ces créations pourrait être en partie résolue par l'attribution intégrale du produit du travail des aliénés et des effets de succession. Quel que soit le système adopté il paraît y avoir grand intérêt à ce que la direction de la Société soit en relation avec le personnel de l'asile. Nul ne peut s'intéresser au malade plus que le médecin qui a donné des soins et qui a provoqué la sortie. Il ne faut pas que le convalescent ait, en rentrant dans la Société, à faire des démarches multiples pour obtenir l'assistance nécessaire. Si le convalescent a besoin, pendant un certain temps, de secours, la connaissance des antécédents n'est pas inutile pour apprécier l'importance et la durée de ces secours.

M. Bourneville tient à remercier tout d'abord M. Giraud de l'appréciation bienveillante de ses rapports antérieurs et constate

que M. Giraud a, de nouveau, mis la question au point. Les réponses des médecins aliénistes français consultés sur l'utilité de la création des Sociétés de patronage est d'un grand intérêt. Toutefois c'est avec regret que nous avons vu qu'un certain nombre de nos collègues avaient répondu que le besoin d'une Société de patronage ne se faisait pas sentir dans leur département. Que de telles réponses soient faites par des commissions administratives, composées de braves gens, animés de bonnes intentions, mais trop souvent incompétents et ne cherchant pas assez, par la lecture des publications spéciales et par la visite des asiles, à se mettre au courant de l'organisation des asiles, de telles réponses. répéterons-nous, ne nous auraient pas surpris. Pour qu'il en soit ainsi, il faut qu'ils n'aient rien lu de ce qui a été écrit sur cette question. Qu'ils ignorent les rapports annuels de l'Œuvre de la Salpêtrière, cela se conçoit, puisqu'ils ne sont distribués qu'aux membres de l'Œuvre. Mais il y a eu des communications au Congrès international d'assistance publique de 1889, au Congrès international de médecine mentale de la même année sur la création des Sociétés de patronage. Tous les médecins des asiles auraient dû recevoir notre rapport au conseil supérieur de l'Assistance publique. M. le rapporteur nous apprend qu'ils ne l'ont pas reçu et que l'administration s'est bornée à l'envoi d'une circulaire et du procès-verbal de la discussion. Si cet oubli explique les réponses peu enthousiastes de quelques-uns de nos collègues, il témoigne aussi de la négligence de l'administration supérieure, qui, en ce cas, semble avoir obéi à un sentiment mesquin et agi à l'encontre de l'intérêt public.

Si nos collègues avaient lu ce document, ils auraient vu — et nous avons insisté maintes fois sur ce point, que les Sociétés de patronage n'ont pas seulement pour but de procurer du travail aux malades sortants, mais qu'elles poursuivent encore d'autres buts. Ces buts sont bien mis en relief dans le rapport de M. Giraud. Éclairer le peuple sur les causes, la nature, le traitement de l'aliénation mentale, — rapports des familles avec les malades pendant l'internement; — faciliter l'entrée rapide des malades dans les asiles; — secours aux malades sortants; — encourager et aider les familles pendant le placement; — statistique plus précise des aliénés; — conférences populaires pour dissiper les préjugés relatifs aux aliénés et aux asiles, etc.

N'y-a t-il pas dans cette tâche à remplir une œuvre sérieuse, une œuvre humanitaire, d'une utilité incontestable aussi au point de vue économique puisqu'elle peut donner plus de guérisons en aidant à un prompt placement et qu'elle permet d'envoyer, avec plus de sécurité, les malades en congé d'essai de sortie dans leur famille. C'est précisément par des interventions et des créations de ce genre que notre prefession s'élève au-dessus des autres est que nous ne sommes pas de simples commerçants ou de simples industriels.

Bientôt, après la lecture du rapport de MM. Giraud et Ladame, ainsi que du procès-verbal de la discussion en cours, nos collègues, mieux éclairés, entreprendront partout, nous l'espérons, l'organisation des Sociétés de patronage en appropriant les statuts aux besoins de leur région.

Avant de terminer, qu'il nous soit permis d'insister sur les heureuses conséquences des conférences populaires faites par les membres des sociétés de patronage, surtout en Suisse, et pour cela nous citerons le passage du rapport de M. Giraud qui a trait à la Société du canton d'Appenzell :

« Cette Société a poursuivi son but avec persévérance et a fini par triompher de toutes les difficultés en intéressant le peuple à la création d'un asile cantonal et en lui démontrant la nécessité de cette création. Le caractère essentiel de cette Société c'est d'avoir réussi à pénétrer dans toutes les communes du canton et dans toutes les couches de la population. La Société appenzelloise de secours aux aliénés est vraiment populaire dans le meilleur sens du mot. »

Ce qui a été fait dans le canton d'Appenzell nous semble favorable et bon dans nos départements, même les plus agricoles. Et c'est avec raison que M. Giraud a formulé sa seconde conclusion, à savoir « qu'une société de patronage pour les aliénés sortants est toujours possible ».

M. Toutant (de La Rochelle) rappelle la teneur des circulaires ministérielles et donne lecture des paragraphes relatifs à ce sujet.

M. Charpentier regrette que, pour des raisons d'ordre politique, les pouvoirs publics n'aient pas songé à développer, à Paris, l'institution déjà ancienne et assez florissante par la seule initiative privée. La Société créée par MM. Falret et Baillarger remplit d'excellentes conditions et s'imposait à l'attention du conseil général; pour créer à côté une Société nouvelle, il faut, a-t-on dit, une propagande active ; M. Charpentier redoute les conférences à un public étranger aux questions d'aliénation mentale, auquel cette demi-vulgarisation ne peut que donner des notions fausses préjudiciables selon lui aux asiles, aux aliénistes comme aux aliénés.

M. Bourneville. — Le Conseil général de la Seine n'a pas perdu de vue le devoir qui s'impose à lui. Déjà les aliénés sortants disposent de l'asile de la rue de Charenton et les femmes de l'asile de la rue Fressard ; les unes et les autres du legs d'André et d'une subvention de 500 francs par asile. Tout fait espérer que le Conseil général se préoccupera prochainement d'une façon sérieuse de la création d'une Société *laïque* de patronage pour ses aliénés sortants.

M. Charpentier a critiqué les conférences populaires. Nous ne partageons pas cet avis et le titre de quelques-unes de ces conférences nous fournira une réponse péremptoire. Les aliénés et les asiles

d'aliénés ; — Nécessité des asiles ; — Les causes des maladies mentales ; — Conduite à tenir vis-à-vis des aliénés ; — La question de l'alcool ; — De l'occupation des aliénés dans les asiles ; — Rapports des parents avec le malade pendant son internement dans l'asile ; — Le traitement des aliénés dans les familles, etc.

Qui contestera l'utilité de conférences populaires sur de tels sujets ? Nous les croyons utiles, pratiques et il est facile aux membres des sociétés de patronage de faire tous les ans dans chaque chef-lieu de canton des conférences qui rendront service aux malades, aux asiles, et même aux médecins.

M. Giraud fait observer que ces conférences se font sous forme de sermons de charité dans la Société du type que défend M. Charpentier; il ne voit pas pourquoi une propagande laïque parallèle et semblable ne donnerait pas les mêmes résultats comme propagation des idées philanthropiques et recrutement d'adhérents.

M. Mabille lit une note de M. Pons (de Bordeaux) sur les inconvénients que peut avoir le patronage entre les mains de personnes autres que le personnel des asiles. Il considère comme violation périlleuse du secret professionnel le fait de signaler à un patron tel ouvrier, par exemple, comme sortant de l'asile. M. Mabille ajoute que les ressources qu'on propose de tirer du pécule des aliénés morts nécessiteraient une modification aux décrets et règlements qui l'attribuent à l'asile.

M. Drouineau, après avoir rappelé la teneur de ces règlements qui ne peuvent être modifiés par la seule autorité préfectorale proteste contre une objection de M. Pons qui, comparant incidemment le patronage à l'organisation de la protection de l'enfance, croit que celle-ci végète et aurait même échoué en plusieurs endroits. La République, dit M. l'Inspecteur général, a créé un réseau complet de Sociétés et de fonctionnaires dévoués à la protection de l'enfance; chaque jour on fait en ce sens un pas nouveau, et tout dernièrement encore, on vient de compléter l'effort par la protection de la femme enceinte actuellement en voie de réalisation.

M. Charpentier appelle l'attention sur une catégorie nombreuse de dégénérés pervers assez lucides pour être mis en liberté des asiles, mais y revenant constamment; il estime que le patronage, en s'égarant sur de tels malades, mène à de grosses déceptions. Suivant lui, d'ailleurs, de tels individus ne devraient pas être admis à l'asile, on n'aurait pas ainsi à les patronner à la sortie.

M. Doutrebente rend compte des résultats négatifs de sa tentative d'organisation du patronage. La responsabilité de la Commission de patronage, en cas d'accidents causés par les aliénés sortis, a été le principal écueil.

M. le Président propose au Congrès de clore la discussion en votant les conclusions du rapport de M. Giraud. Ces conclusions sont adoptées.

La parole est alors donnée à M. Luys (de Paris) qui soumet le résultat de ses expériences sur l'action des anneaux en couronnes et la vision colorée des hystériques tendant à lui faire admettre une polarisation fluide des corps vivants. Une série de dessins très curieux dus à des malades hystériques est soumise aux congressistes; la polarisation unilatérale y est indiquée par des colorations bleues ou rouges en rapport avec les pôles aimantés également teintés de couleurs homologues ou inverses.

Entre temps le Congrès a visité l'hôpital de La Rochelle et la station balnéaire de Chatelaillon; une réception à la mairie et un banquet sur la plage ont terminé les journées des 1er et 2 août. Le 3, visite et réception à l'asile de Lafond.

Séance du 3 *août*. — Présidence de M. Christian.

Cette séance a eu lieu à l'asile de Lafond. Lecture est d'abord donnée par M. Lagrange d'une *observation de dégénéré héréditaire* accusé de faux et atteint d'hystérie et d'astasie-abasie. Une discussion s'engage à la suite, entre MM. Charpentier, Lagrange, Legrain, Régis.

Pour M. Charpentier, un tel malade, au nom de la dégénérescence, serait, en cas de délit, interné comme irresponsable alors que suivant lui il y aurait lieu d'appliquer une pénalité et la réclusion pénitentiaires.

MM. Legrain et Régis font observer que dans le cas particulier, la dégénérescence est indéniable et les tares héréditaires manifestes ainsi que leurs conséquences somatiques immédiates et partant psychiques.

M. Doutrebente pose la question de savoir quelle est la conduite à tenir pour la médecine lorsque l'autorité judiciaire ou administrative accorde à un individu délinquant le bénéfice d'une ordonnance de non-lieu, comme irresponsable mentalement.

M. Mabille fait remarquer que dans la pratique la plus ordinaire les autorités mettent purement et simplement en liberté ces individus s'ils ne sont pas à l'asile, et il est permis de se demander si elles n'entendent pas par cette pratique même qu'il en soit ainsi lorsque le malade est en observation à l'asile. Il y aurait peut-être lieu d'émettre un vœu tendant à interner au contraire en principe les individus déclarés aliénés, et ayant ainsi bénéficié d'une ordonnance de non-lieu, échappant à la prison ils n'en seraient pas moins mis hors d'état de nuire à la société. Une discussion s'engage, relativement à l'interprétation à donner au texte du Code pénal,

art. 8 : « Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque « l'auteur était en état de démence ou « contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

M. Charpentier dit qu'il importerait d'établir jusqu'à quel point certaines impulsions peuvent être incoercibles par la volonté de l'impulsif.

M. Christian fait observer que ce dosage de l'irrésistibilité est impossible; tel malade qui résiste aujourd'hui peut avoir demain un accès plus intense où le raptus impulsif l'emportera à quelque acte délictueux.

M. Mabille présente ensuite plusieurs malades. L'un est un ataxique avec état mental et somatique de paralytique général, syphilitique ancien d'ailleurs. Le deuxième malade est un amnésique ressemblant aussi beaucoup à une périencéphalite diffuse. Enfin, trois athétosiques, l'un hémilatéral, les deux autres doubles et compliqués d'idiotie et épilepsie avec érotisme et perversions sexuelles.

Séance du 5 août (matin). — Présidence de M. Christian.

MM. Bourneville et Noir. *Des différentes formes de l'hydrocéphalie* (*Idiotie hydrocéphalique et ses variétés*). — M. Bourneville place sous les yeux des membres du congrès dix-sept crânes d'enfants hydrocéphaliques, accompagnés de la photographie des cerveaux correspondants ainsi que la photographie des enfants. Il signale les points principaux de chaque cas. Dans un premier groupe concernant l'hydrocéphalie simple, les auteurs distinguent l'hydrocéphalie sans malformations importantes du cerveau (cas de Cher..., Cœu..., Ess..., Gar..., Gre..., Lob..., Revel) et l'hydrocéphalie compliquée de malformations ou de lésions, par exemple, l'absence de corps calleux, l'absence des hémisphères cérébelleux, etc. (Alix. Sor... et une petite fille de la Salpêtrière dont l'observation a paru dans le premier volume des *Archives de Neurologie*.) Dans ce groupe les crânes ont en quelque sorte un air de famille, l'hydrocéphalie occupe soit les ventricules latéraux seuls, soit en même temps la cavité arachnoïdienne et est accompagnée ou non d'hydrocéphalie enkystée.

Un autre groupe comprend les cas dans lesquels le crâne présente les caractères de la *scaphocéphalie*.

A l'appui, il présente les pièces relatives à Charmes... Cheval... Noiret... ainsi qu'une série de photographies concernant un enfant de son service nommé Moquer... En ces cas, il y a une hydrocéphalie ventriculaire seule ou compliquée de méningo-encéphalite avec ou sans épilepsie. Quelquefois l'hydrocéphalie n'intéresse que l'un des ventricules latéraux, tel est le cas de Fau... (hémi-hydrocéphalie).

Souvent l'hydrocéphalie est symptomatique : 1° de méningo-encéphalite, ce qui est assez commun. Exemple : Hani... ; — 2° de tumeur du cervelet. Exemple : Berli... (sarcome), Besse (tuberculose), etc. Il s'agit là de deux crânes qui ont figuré dans une communication à l'Académie de médecine et sur lesquels on observe une disjonction remarquable de toutes les sutures de la voûte du crâne. M. Bourneville rappelle que Barthez et Rillet ont signalé deux cas analogues, l'un personnel, l'autre emprunté à un journal anglais.

L'hydrocéphalie symptomatique a nécessairement une issue fatale, il n'en est pas de même de l'hydrocéphalie que l'on appelle idiopathique, celle-ci peut guérir et les malades peuvent vivre même au delà de cinquante ans.

Dans ces derniers temps on a préconisé de nouveau les *ponctions capillaires* auxquelles avaient eu déjà recours Conquest, Battersby, West, Giraldès, etc. Elles ont été préconisées de nouveau par Spencer, Smith, Unverricht, tantôt seules ou précédées de la trépanation, avec application d'un drain. (A. Broca, Quincke, Keen, Phocas, Audry, Arthaud, etc.) Quincke a eu recours aussi à la ponction lombaire avec succès, assure-t-il, et a été imité par quelques autres chirurgiens. Dans la plupart des cas de ponction avec trépanation et drains, les malades sont morts.

Comme exemple d'hydrocéphalie avec survie, M. Bourneville montre la photographie collective de Peti..., âgé aujourd'hui de vingt ans, et la photographie d'une de ses sœurs dont l'hydrocéphalie semble avoir rétrocédé.

L'auteur montre ensuite une série de photographies concernant une petite fille, nommé Escoffi..., âgée de plus de trois ans qu'il observe presque depuis sa naissance et sur laquelle le développement de la tête semble s'arrêter. Cet enfant a toutes ses dents, elle marche, rit, cause, est affectueuse. Chez elle l'auteur a mis à contribution un traitement classique : compression avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo, calomel, bains salés, antiscrofuleux, exercice de la marche et de la parole. Ce traitement dure depuis près de trois ans. Pour avoir quelques chances de succès, dans ces cas, il faut intervenir le plus tôt possible et continuer le traitement avec persistance. On peut aussi raser la tête, appliquer des vésicatoires, puis, quand la plaie est à peu près cicatrisée, appliquer les bandelettes d'emplâtre de Vigo, et recommencer au bout d'un mois ou deux. Ce traitement, s'il ne réussit pas toujours, a au moins l'avantage de ne pas occasionner la mort à bref délai comme le traitement chirurgical.

M. Drouineau soumet ensuite au Congrès les résultats de recherches comparatives sur le produit du *travail des aliénés* dans tous les asiles publics de France, d'après les documents du Ministère de l'Intérieur. D'après ces recherches, un seul asile équilibre-

rait exactement les frais causés par l'emploi des malades par les bénéfices ainsi obtenus. Vingt et un établissements seraient en perte à ce point de vue et vingt autres, en revanche, en bénéfice. La perte serait en moyenne, pour les premiers, de 1,06, différence en moins, et le gain pour les autres de 1,36, différence en plus.

Sur deux cas d'obsessions et d'impulsions à forme continue. — M. Roubinovitch rapporte deux observations qui prouvent qu'à côté de la forme paroxystique des obsessions et impulsions qui est la plus fréquente et qui a surtout attiré l'attention des aliénistes, il en existe une autre dans laquelle le caractère paroxystique manque complètement et où l'individu est obsédé à l'état pour ainsi dire permanent.

Son premier cas est relatif à une femme âgée de vingt-cinq ans, internée à la Salpêtrière. Elle présente le type de l'arithmomanie à forme continue. Dans le diagnostic de ce cas, l'auteur démontre que cette malade n'entre pas dans la variété dite « des compteurs » de la maladie du doute, ni dans la catégorie des obsessions à forme paroxystique. Les caractères propres à l'affection dont est atteinte cette femme sont les trois suivants : 1° *Continuité* de l'obsession et de l'impulsion sans aucune interruption; 2° *Etat de satisfaction*, non seulement après l'exécution du désir, mais surtout *pendant* toute la durée des obsessions ; 3° *Lutte pour* l'obéissance à l'obsession en cas d'absence venant du dehors. Le second cas concerne une femme âgée de quarante-cinq ans, ancienne institutrice, atteinte d'obsessions superstitieuses qui ont envahi complètement sa vie psychique. Là encore on retrouve les trois caractères que l'auteur a notés chez sa première malade.

M. Roubinovitch s'attache surtout à indiquer avec netteté l'origine, la marche et le caractère progressivement envahissant des obsessions décrites par lui. On voit en effet que, dans les deux cas, la forme d'obsession n'est pour ainsi dire qu'une habitude poussée à l'extrême et passée à l'état de *mal obsessif* chez des individus à volonté très affaiblie.

C'est cette évolution même de la maladie qui explique pourquoi tout traitement physique ou psychique sera toujours infructueux; il faudrait, en effet, refaire complètement l'éducation de ces deux malades, chose que leur âge et leur état de satisfaction rendent impossible.

En concluant, l'auteur déclare vouloir simplement signaler l'allure particulière que ces deux cas d'obsession présentent, surtout à cause de leur forme continue. Ce n'est donc pas dans un but de classification théorique qu'il les détache des obsessions à forme paroxystique et de la folie du doute; c'est surtout à cause de la symptomatologie, et, partant, de leur diagnostic, qui présentent en effet une physionomie à part.

M. Ramadier (de Rodez), lit ensuite un travail sur le *goitre* et sa fréquence sur les aliénés du département de l'Aveyron.

M. Marie lit en son nom et au nom de M. Friese (de Mayenne), l'observation d'un *persécuteur migrateur;* inquiet d'abord, puis franchement persécuté, il fuit jusqu'à Chicago ses ennemis; ruiné par la faillite d'un notaire qui meurt, ce malade évolue en quelque sorte et se transforme en persécuteur chargé d'une mission vengeresse; il poursuit maintenant le notaire à la mort duquel il ne peut croire et vagabonde ainsi de longues années à travers la France, non plus fuyant et craintif, mais agressif et cherchant à tuer, à défaut de sa victime insaisissable, les parents et surtout la veuve. Arrêté pour tentative d'homicide sur cette dernière, il simule la folie d'une façon grotesque; mais, sa simulation déjouée, il est reconnu néanmoins pour un véritable aliéné et interné.

M. Marie donne ensuite lecture, au nom de M. Deschamps (de Paris), d'une note relative à la situation de la *colonie familiale de Dun*. Dans le premier semestre de l'année 1893, le nombre des malades envoyés à Dun a atteint 82 en huit mois, le nombre des décès a été nul ainsi que celui des évasions. Il n'y a eu que 9 réintégrations. Le total des journées du semestre a été de 8,212, dont 221 à l'infirmerie. La somme payée pour ces journées a été de 9,415 fr. 40, soit, prix moyen pour l'une, 1 fr. 145.

Les prévisions pour 1894 sont de 1 fr. 20, soit pour 100 malades.	43,800 fr. »
Frais généraux à amortir	15.147 fr. 50
Prix moyen par jour, 1 fr. 615 (× 100 × 365 =)	58,947 fr. 50

Ajoutons, en dehors de ces frais annuels, 19,800 francs pour installations et translations. A l'heure actuelle, frais généraux compris, il y a eu quatre avances de régie de 5,000 francs en six mois, soit 20,000 francs, ce qui donne, en défalquant 3,000 francs d'installation première, un peu plus de 2 francs par jour. Prix total, avec 8,212 journées (17,000 : 8,212) = 1 fr. 145 comme prix de journée[1].

Séance du 5 *août* (soir). — Présidence de M. Christian.

MM. J. Séglas et G. Brouardel présentent plusieurs observations de persécutés. La première est celle d'une femme dont la maladie présente les symptômes habituels et l'évolution du délire des persécutions : le fait intéressant à relever c'est qu'en même temps

[1] Nous avons déjà eu l'occasion de signaler quelques-uns des artifices employés pour atténuer le prix de journée; nous y reviendrons. Voir aussi plus loin les articles de MM. Nœcke et Bothe. (Bourneville.)

elle est *auto-accusatrice*. Les persécutions s'expliquent pour elle par des fautes antérieures : les tourments, la « condamnation » qu'elle subit ne sont que l'expiation de ces fautes. Les hallucinations se présentent sous le même aspect divergent : elle est un être nuisible, elle peut donner le choléra aux autres. Elle a manifesté des tendances au suicide. Ce fait est comparable à d'autres rapportés par M. Ballet au Congrès de Blois.

Les auteurs rapportent ensuite d'autres observations de persécutés possédés : dans l'une, on assiste d'abord à l'évolution d'un délire des persécutions n'offrant guère de phénomènes particuliers, sauf déjà quelques troubles psycho-moteurs, impulsions et phénomènes d'arrêt. Puis, dans une deuxième période, ces symptômes se développent, il apparaît des hallucinations verbales motrices et très accentuées et un dédoublement de la personnalité des plus nets. Ce sont ces troubles qui maintenant dirigent la scène psychique. La malade les interprète par des *idées de possession* et dans l'explication qu'elle en donne on retrouve les croyances à l'*envoûtement*. Comme le disait un autre malade auquel il est fait allusion au cours du travail, la maladie évolue comme « une obsession qui devient une possession ». Ces symptômes peuvent toutefois apparaître dès le début de la maladie, ainsi que le prouve une troisième observation, et parfois aboutissent à un délire des négations systématisé comme dans un cas rapporté au Congrès de Blois par l'un des auteurs.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes : certains aliénés persécutés et nullement mélancoliques peuvent cependant être auto-accusateurs et présentent des idées de persécution analogues à celles des mélancoliques, constituant un groupe mixte, transition entre ces deux modalités délirantes. Si, d'autre part, parmi les persécutés, il en est dont la maladie ne représente qu'un vice de développement intellectuel, qu'une évolution anormale de la personnalité toujours dans le même sens, il en est d'autres chez lesquels la maladie se traduit par une dissociation assez rapide, parfois d'emblée et toujours très accentuée de la personnalité.

Cette dissociation de la personnalité se trouve en rapport avec un certain nombre de symptômes qui prennent alors un grand développement et dirigent même la scène délirante. Ce sont d'une façon générale des troubles psycho-moteurs (hallucinations motrices, impulsions, aboulie, phénomènes d'arrêt). Aussi, en les envisageant à ce point de vue, par opposition aux persécutés hallucinés sensoriels et aux persécutés raisonnants, l'un de nous avait proposé de ranger ces cas sous le nom de *variété psycho-motrice* du délire des persécutions.

Les idées de persécution se modifient d'une façon connexe, et c'est plutôt par des idées de possession que le malade interprète alors les troubles psychopathiques qu'il accuse. On peut même ren-

contrer des cas où il en arrive à formuler un délire de négation systématisé.

Ces malades, étudiés autrefois sous la dénomination très vague de délirants mystiques ou de possédés, se distinguent des mélancoliques possédés ou négateurs et rentrent dans le cadre des délirants systématiques primitifs dont ils ne constituent incontestablement qu'une variété. Néanmoins, il nous semble qu'il y aurait intérêt à leur faire une petite place dans ce grand groupe. Car la division la plus habituelle en France en délirants chroniques et délirants dégénérés est vraiment bien sommaire : parmi ces derniers surtout se rangent de nombreux cas très disparates, parmi lesquels il serait certainement utile à tous les points de vue d'établir un classement.

M. Legrain (de Paris) lit, au nom de M. Dericq, sept observations *d'auto-intoxication* d'origine gastro-intestinale, dans lesquelles le phénomène critique a été l'urticaire, syndrome éminemment infectieux. Au point de vue mental il s'est agi dans ces cas d'états mélancoliques sans fièvres. L'auteur établit un lien très net entre ces états et l'auto-infection; généralisant son idée, il estime qu'il en est ainsi le plus souvent dans la mélancolie.

Le Congrès se sépare après avoir nommé M. le professeur Pierret (de Lyon) président du prochain Congrès dont le siège se tiendra à Clermont-Ferrand. Les noms proposés étaient ceux de MM. Cullère, Joffroy, Giraud et Pierret.

Les Congressistes ont quitté La Rochelle pour visiter, à La Roche-sur-Yon, l'asile que dirige avec tant d'habileté et de savoir M. Cullerre, et après un dernier banquet se sont dispersés aux Sables-d'Olonne.

A. Marie.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICO-LÉGALE DE VIENNE.

Séance du 4 novembre 1891[1].

M. Fritsch. — *Mensonge et aliénation mentale.*

[1] Nous rappelons que tous les mémoires inscrits ici sont publiés *in extenso* à part et analysés, par suite, à leur place, avec le *Jahrbüch. f. Psychiat.* P. K.

Séance du 4 février 1892.

M. Chostek. — *Des paralysies ischémiques.*
M. Mayer. — *Présentation de névropathes.*

Séance du 31 mars 1892.

M. Redlich. — *De l'immobilité des pupilles dans la paralysie générale.* — Après quelques mots consacrés à l'étude de la fréquence et de l'importance diagnostique de ce symptôme de la paralysie générale, l'orateur traite des caractères différentiels de la réaction pupillaire directe et de la réaction pupillaire synergique (consensuelle), contraste qui existe toujours quand l'une des pupilles du malade est immobile tandis que l'autre réagit encore.

En pareil cas, la pupille immobile ne réagit pas non plus sous l'influence de l'excitation de l'autre œil, tandis que la réaction directe ou synergique de celui-ci se produit lorsqu'on incite le premier. En d'autres termes, l'œil immobile transmet cependant l'excitation qu'il reçoit à l'autre œil, tandis que l'œil dont la pupille fonctionne encore n'exerce pas d'action synergique sur le premier. M. Redlich pense qu'on ne peut expliquer ce phénomène que par l'hypothèse de l'entre-croisement partiel des fibres qui transmettent le réflexe pupillaire. Voici un malade atteint d'une paralysie unilatéale de l'oculomoteur commun; on constate exactement les mêmes contrastes entre la réaction pupillaire directe et la réaction pupillaire synergique, mais le mécanisme n'est pas le même.

Quand le nerf optique est altéré d'un seul côté, on note des phénomènes différents : l'œil malade réagit non directement mais par transmission, l'œil saint réagit directement et non par transmission (présentation du malade).

M. Mayer. — *Observation de néoplasme dans le quatrième ventricule.*

Séance du 18 mai 1892.

M. Choosek. — De l'*aphasie.*

Séance du 14 juin 1892.

Eloge de Meynert par Fritsch. — Sur la proposition de M. Fries on nomme un comité composé de MM. Janchen, Fritsch et Fries, qui prendra les dispositions nécessaires à l'érection d'une statue du savant psychiatre dans la salle de cours de sa clinique à l'hôpital général. Ce Comité fera des propositions exécutoires dans la prochaine séance. (*Jarbüch. f. Psychiat.*, XI, 1, 2.)

P. Keraval.

ASILES D'ALIÉNÉS.

Assistance des aliénés par des familles de nourriciers. — Asiles modèles de Belgique et état actuel des colonies d'aliénés en ce pays par P. Nœcke (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.* XLIX. 5.)

Une étude attentive des établissements et fondations pour l'assistance familiale des aliénés est toujours un document instructif. M. Nœcke a visité l'asile d'Etat pour les femmes de Mons, l'asile d'Etat pour les hommes de Tournai, l'asile privé d'Uecle près Bruxelles; il formule ainsi son opinion:

1° La surveillance y est telle que toute séquestration arbitraire est impossible et que le prestige des médecins en bénéficie. Le gouverneur de la province visite chaque année l'établissement. Le bourgmestre de la localité deux fois par an, le procureur du roi quatre fois, l'inspecteur du service plusieurs fois. Il existe en outre à Mons et à Tournai une commission de surveillance de cinq membres qui se réunissent mensuellement à l'asile et y font faire une tournée par un de leurs délégués. On a en outre en divers endroits de l'établissement placé des boîtes aux lettres dans lesquelles les malades jettent leurs réclamations; ces boîtes ne sont ouvertes que par le procureur du roi. Les malades n'ont donc plus aucune appréhension; — 2° Le confortable y est pour les indigents poussé à l'extrême. On y constate une abondance de fleurs et de nombreuses volières; — 3° La nourriture est bonne et abondante; elle pourrait peut-être être un peu plus variée et l'on ferait bien de veiller un peu plus sur les couteaux; — 4° Les asiles font eux-mêmes leur gaz à bon compte; il sert même à Tournai à faire fonctionner la cuisine, le four de la boulangerie, la buanderie; — 5° Tournai possède aussi sa brasserie, sa boucherie qui fonctionnent bien et à bon marché; — 6° Le système de la mise en régie donne d'excellents résultats à Tournai, il économise à l'État beaucoup d'argent, de peine, d'employés, et au directeur un temps précieux. Il a cependant aussi ses inconvénients qui sont ceux que l'on sait. Toutefois cela marche très bien grâce à l'excellence du personnel (des frères), grâce aussi à la mise en vigueur d'un bon règlement; — 7° On se sert de couchettes en fer, de bons matelas de laine et de couvertures; les paillasses sont remplies de balle d'avoine bien plus moelleuse que la paille. Les pots de nuit et les draps ne laissent rien à désirer; — 8° Tous les dortoirs de Tournai sont pourvus de thermomètres; — 9° A la porte de chaque dortoir et de chaque

cellule on affiche le cubage d'air et le nombre de lits correspondants; — 10° Le système balnéaire est complet et bien disposé. Nous recommandons surtout à Tournai la grande piscine, et les appareils d'hydrothérapie; — 11° Le meilleur système que l'on puisse voir est celui du chauffage de l'eau chaude à basse pression (Tournai); — 12° Enfin, toujours à Tournai, il y a un *riche laboratoire*.

Quelles sont maintenant les critiques ?

1° Le service des infirmiers est fait à Mons par des sœurs (service complètement religieux), à Tournai par des frères (service mixte). Tout va bien, dit-on, mais le directeur n'a pas le droit de les renvoyer, il faut qu'il se plaigne au supérieur ou à la supérieure. C'est inadmissible. Il ne faudrait pas aller loin pour voir l'influence du médecin devenir nulle en présence de celle des religieux. Or, *dans un asile le médecin doit être tout;* l'administration même doit être subordonnée à son action ; — 2° Les asiles de Mons et de Tournai sont trop étendus, il est impossible d'exercer dans ces établissements une surveillance continue et complète; — 3° Il n'y a pas assez de médecins; ils n'habitent généralement pas à l'asile et font de la clientèle. Ainsi à Mons et à Tournai un seul médecin réside dans l'établissement, le directeur, et encore est-il souvent absent; — 4° Il n'y a pas assez de gardiens, ils ne sont pas assez stylés mais cette critique ne s'adresse ni aux frères ni aux sœurs. Les infirmiers sont très mal payés. Aussi le no-restraint ne peut-il y être mis en vigueur; du moins c'est une excuse valable ; — 5° La camisole y règne ; — 6° Il n'existe pas de compteurs de ronde ; — 7° Les corridors et les escaliers sont trop étroits et trop raides ; — 8° On n'y a pas suffisamment de lits perfectionnés pour gâteux, on n'y connait pas les vêtements lacés des agités et des malpropres ; — 9° A Mons on ne fait pas assez travailler les malades. A Tournai le travail est plus en honneur ; — 10° On n'écrit pas régulièrement de rapports annuels sur le service ; — 11° Les autopsies devraient être *toutes* pratiquées; c'est impossible à raison du petit nombre des médecins ; — 12° Il y a trop à faire pour les criminels qui sont en trop grand nombre.

L'analyse de Gheel et de la colonie de Lierneux, fondée comme on sait de toutes pièces (1884), l'étude correspondante des travaux allemands et anglais sur l'assistance des aliénés dans les familles en Belgique (Kœhler, Tucker, Hack Tucke) et l'appréciation personnelle de M. Næcke, aboutissent aux conclusions suivantes :

Le système de Gheel, débarrassé des défauts qui ont été signalés partout, et les améliorations demandées sont possibles, est le système le meilleur et le moins coûteux d'assister les malades atteints de vésanies chroniques, plus ou moins inoffensifs, en y comprenant même certains paralytiques généraux et certains épileptiques. Il est même indiqué d'assister ainsi bien des aliénés à formes morbi-

des curables. Malheureusement chez nous, il n'est pas praticable; ce mode d'assistance ne paraît pas vouloir s'acclimater soit parce que les conditions sociales ne s'y prêtent pas, soit parce que les administrateurs et même beaucoup de médecins n'en saisissent pas le mécanisme et l'adaptation. Il en résulte qu'actuellement, nos colonies agricoles constituent encore la meilleure solution de ces difficiles questions pour la majeure partie des malades que nous venons de spécifier, notamment pour ceux qui sont susceptibles de travail.

Tel est le fond du mémoire de M. Nœcke, peut-être nous trompons-nous, mais il nous semble lire entre les lignes, que pour juger sainement de la valeur réelle de la trame de ces colonies et de l'assistance familiale, il faudrait pouvoir y pénétrer en toutes saisons et pour ainsi dire *incognito*. Il doit y avoir des *desiderata* qu'évidemment chacun *in petto* a de prime abord formulés et qui ne se peuvent révéler que par un examen prolongé en dehors de l'étiquette officielle. C'est ce que nous n'avons pas craint d'imprimer au Congrès international d'assistance publique de Paris en 1889. Aussi recommandions-nous d'échelonner graduellement une série d'expériences, tendant à acclimater l'assistance familiale par la mise en pratique autour d'un asile servant de centre des systèmes permettant de libérer au fur et à mesure les aliénés. Nous pensions qu'en étendant les colonies agricoles, en procédant au traitement à l'air libre, le plus large que l'on pût trouver, en installant au besoin des ménages d'infirmiers à qui l'on confierait des groupes de malades on pourrait peut-être, sans crainte d'incidents ou d'accidents graves, s'acheminer sûrement vers la colonie familiale des nourriciers proprement dits. Mais nous insistions en tous cas sur la nécessité d'installer toujours une infirmerie centrale bien pourvue prête à parer à toutes les éventualités.

Le mémoire de M. Nœcke ne nous donne point tort. Voici par exemple les reproches qu'il fait à ces colonies d'aliénés de Belgique :

1° Il n'y a pas assez de médecins, pas assez de surveillants pour suivre tous les malades; — 2° Il faut les payer suffisamment pour qu'ils ne fassent pas autre chose; — 3° Il faut bien choisir les malades à confier aux familles. Il n'y faut pas envoyer d'aliénés faibles ayant besoin d'un régime spécial. Il faut aussi bien choisir les nourriciers. Défions-nous tout particulièrement des cabaretiers; — 4° Il ne faudrait pas donner à chaque nourricier plus d'un malade; — 5° Il convient d'exiger une plus grande salubrité des habitations tant au point de vue des locaux que des couchettes, de l'alimentation, du voisinage, du chauffage, de l'aération, de la disposition des fenêtres, etc.; — 6° Il ne serait pas mauvais d'occuper davantage et de distraire un peu plus les aliénés. Beaucoup d'entre eux demeurent inactifs et n'ont même pas l'agrément de la lecture; —

7° Enfin il faut s'efforcer de surveiller les nourriciers en ce qui concerne l'application du no-restraint. (*All. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 5.)

P. Kéraval.

De l'assistance familiale des aliénés, d'après les observations faites en expérimentant ce système à Dalldorf, par A. Bothe. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 5.)

1° L'assistance des aliénés par le système des familles de nourriciers doit être considérée comme non un pis-aller, mais le complément nécessaire et plein de valeur d'un asile public comme une forme d'assistance équivalente aux autres modes d'assistance; — 2° On l'installera sinon partout, du moins à côté d'un grand nombre d'asiles publics et dans ces conditions, c'est-à-dire comme annexe de ces asiles, on pourra l'étendre; — 3° Pratiquée sur une large échelle, elle déchargera l'établissement; — 4° Si l'on veut qu'elle réussisse il faut que la surveillance des nourriciers et des malades reste entre les mains du médecin; — 5° Ce n'est pas un moyen économique sérieux car les dépenses de cette assistance ne sont pas beaucoup inférieures à celles de l'assistance par l'asile; on a exagéré l'importance financière de l'assistance familiale; — 6° Quand on l'organise avec intelligence dans des conditions satisfaisantes, on ne saurait arguer des inconvénients qu'elle peut avoir pour l'attaquer.

P. Kéraval.

BIBLIOGRAPHIE.

V. *L'hérédité normale et pathologique*, par André Sanson. Paris, Asselin et Houzeau; 1 vol. in-8°, 1893.

Ce livre est en retard de dix ans. Quoique ce soit « la lecture des publications médicales et ses conversations avec les médecins » qui ont poussé l'auteur à l'écrire, il ne semble pas qu'il soit bien au courant des sources où puiser des documents concernant l'hérédité. Nous pourrions lui signaler entre autres 13 volumes de comptes rendus du service de notre maître Bourneville où, depuis treize ans, sont accumulés des matériaux de cet ordre, sans compter ceux qui ont été utilisés par M. Déjerine dans sa thèse d'agrégation. A propos de l'hérédité de l'alcoolisme, il paraît ignorer que la question a été mise au concours à la Société médico-psychologique en 1886, et que deux mémoires sont publiés, un par M. Legrain, un par nous-même. Nous pourrions citer bien d'autres oublis. Les théories sur l'hérédité en général n'occupent qu'une place absolument insuffisante, si on songe qu'elles sont traitées en 15 pages dans

un livre de plus de 400. Nous n'insisterons pas davantage sur cet ouvrage qui n'a même pas l'originalité d'être complet et au courant de l'état actuel de la science. P. Sollier.

VARIA.

Une jeune fille exorcisée

Un exorcisme selon tous les rites religieux, tel que l'Église le pratiquait au moyen âge pour chasser le démon du corps des possédés, vient d'être fait à Gif (Seine-et-Oise).

Une jeune fille de cette commune, Mlle Blanche G..., avait depuis quelques mois des crises très violentes d'hystérie. Deux médecins spécialistes ayant examiné la malade voulurent l'amener à Paris pour la soigner. Ses parents s'y opposèrent, ayant plus de confiance dans l'exorcisme que M. Périer, le curé du pays, voulait pratiquer que dans la science des docteurs.

Muni de l'autorisation de l'évêque de Versailles, l'abbé Périer, assisté de deux prêtres venus de cette ville, se rendit chez la jeune malade et se mit en devoir de l'exorciser, c'est-à-dire de chasser de son corps les démons qui s'y étaient tntroduits.

Depuis, la cérémonie s'est renouvelée plusieurs fois. Aujourd'hui, Mlle Blanche G... est, paraît-il, à peu près guérie. Les dévots de l'endroit affirment naturellement qu'elle doit sa guérison à l'exorcisme. Nous nous bornons, pour ne pas les chicaner sur ce point, à signaler cette pratique d'un autre âge qui vient de s'accomplir aux portes de Paris. (*Petit Journal*, 26 juillet 1893.) — Ce fait montre une fois de plus que le clergé catholique est aujourd'hui ce qu'il était il y a plusieurs siècles et que le progrès scientifique qui a fait la société moderne, ne l'a même pas effleuré, et qu'il ne veut pas le comprendre et qu'il ne cédera jamais..., même pas devant le ridicule.

FAITS DIVERS.

Société d'Anthropologie de Paris. — *Legs Fauvelle.* — Le président du comité central de la Société d'anthropologie de Paris, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du

21 juin 1864, est autorisé à accepter au nom de ladite Société, aux clauses et conditions imposées par le testateur, le legs que lui a fait le Dr Louis-Jules Fauvelle, d'une rente annuelle de 667 fr. en rente 3 p. 100 sur l'Etat français, pour constituer, tous les trois ans, un prix de 2.000 fr. à titre de récompense ou d'encouragement à tout travail inédit, comme ouvrage spécial, sur la structure du système nerveux ou l'étude des manifestations de la force connue sous le nom d'influx nerveux. Ces travaux devront concourir au but que s'était proposé le Dr Fauvelle dans ses diverses communications à ladite Société.

Un nouveau jeuneur. — Le 24 janvier, Alexandre-Jacques, le jeûneur professionnel, a atteint son cinquantième jour de jeûne, qui excéda de cinq jours les plus longs jeûnes accomplis antérieurement. Pendant ces cinquante jours il a perdu 32 livres 1/4. Il pesait au début 144 livres 1/2 et à la fin 112 1/4, pendant les dernières vingt-quatre, il perdit 2 livres 1/4. Un fait curieux mentionné, c'est qu'il a grandi de 1 pouce 1/4, et que chaque fois qu'il jeûne sa taille augmente plus ou moins ; et cet accroissement disparaît aussitôt qu'il remange. Pendant ses cinquante jours de jeûne, il a absorbé 88 kil. 749 grammes d'eau ordinaire de Craton, 11 kil. 720 grammes d'eau de Vichy, et 2 kil. 820 d'eau ferrugineuse faite avec des clous rouillés. Il fumait aussi beaucoup de cigarettes camphrées et prit 107 paquets d'une poudre secrète qui, disait-il, remplacait la nourriture. Pendant les trois derniers jours, il était enfiévré et agité avec insomnie, et son état général était mauvais. (*Boston med. and Surg. Journ.*, 1893, p. 125).

Drame de l'hystérie. — Nous lisons dans le *Progrès médical :* Lorsqu'elle était en traitement dans une maison de santé à Ivry, Mme Delagrange, née Pauline Beltzens, était devenue éperdument amoureuse de l'interne, M. Sicard de Plouzoles. Celui-ci, d'ailleurs, n'accorda aucune attention aux manigances de l'hystérique confiée à ses soins. Sa thèse passée, M. Sicard de Plouzoles se maria et s'établit à Crosnes, où Mme Delagrange, sortie de la maison de santé d'Ivry et installée chez un de ses oncles, à Chaville, l'accabla de ses lettres enflammées. Il se garda d'y répondre. Vendredi soir, une jeune femme, jolie, très élégante, entrait à Crosnes, dans un restaurant tenu par M. Preisach; elle y dîna, puis demanda une chambre pour y passer la nuit. Le lendemain matin elle se plaignit d'être souffrante et demanda un médecin et, comme on lui proposait d'appeler le médecin de Montgeron : — Non, dit-elle, je ne veux pas un médecin de campagne. N'avez-vous pas, ici, un jeune docteur nouvellement installé ? — M. de Plouzoles ? — C'est cela même. Ayez l'obligeance de le prier de venir me voir. Une domestique alla quérir M. Sicard de Plouzoles. Une heure après,

comme le docteur n'était point ressorti de la chambre de Mme Delagrange, M. Preisach eut occasion de frapper à la porte. Comme on ne lui répondait point, il entra et trouva étendu sur le sol, le cadavre du Dr Sicard de Plouzoles, la tempe percée d'une balle tandis qu'à côté gisait celui de Mme Delagrange, ayant encore un revolver dans sa main crispée. Mme Delagrange, en une lettre déchirante, expliquait que, ne pouvant vivre sans le docteur Plouzoles et souffrant trop de le savoir à une autre, elle se décidait à le tuer et à se tuer elle-même.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Bianchi e Piccinino. — *Sulla origine infettiva di una forma di delirio acuto.* Brochure in-8° de 23 pages, avec 2 planches hors texte. — Napoli, 1893. — Tipografia A. Tocco.

Eloy (Ch.). — *La méthode de Brown-Séquard, la médication orchitique, thyroïdienne, pancréatique, capsulaire et cérébrale, les injections d'extraits organiques, la transfusion nerveuse. Physiologie, indications cliniques et thérapeutiques. Technique.* Volume in-18 de 282 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

Langlois. — *Contribution à l'étude de l'état mental des hystériques. dénonciation de crimes imaginaires, chromhydrose simulée.* Brochure in-8, de 25 pages, avec une planche hors texte. — Paris, 1892. — Librairie Ollier Henry.

Pechère et Funck. — *Le système nerveux dans la fièvre typhoïde.* Brochure in-8° de 76 pages. — Bruxelles, 1893. — Librairie H. Lamertin.

Régis (E.) et Chevalier-Lavaure. — *Des auto-intoxications dans les maladies mentales.* (Congrès des médecins aliénistes des pays de langue française. (Session de la Rochelle, 1893.) Volume in-8° de 95 pages. — La Rochelle, 1893. — Typographie E. Martin.

Voisin (J.). — *L'Idiotie (Hérédité et dégénérescence mentale, psychologie et éducation de l'idiot).* Volume in-12 cartonné de 295 pages, avec 17 figures. — Paris, 1893. — Librairie F. Alcan.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux, Ch. Herissey, imp. 993.

Vol. XXVI. Octobre 1893. N° 80

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS DU CERVEAU : UN CAS DE GLIOME NEURO-FORMATIF

Par M. le Dr F. RAYMOND
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Il n'existe encore que peu d'observations de cette sorte de tumeur cérébrale où des cellules ganglionnaires entrent à titre d'éléments constitutifs. A un point de vue général, il est curieux de voir une cellule néoplasique reproduire un élément d'une aussi haute différenciation que la cellule nerveuse; au point de vue plus spécial du système nerveux, ces néoplasmes sont encore intéressants parce qu'ils permettent de se rendre compte, sur l'adulte, de l'évolution des éléments ganglionnaires et de leur parenté avec les éléments de soutien des centres nerveux, les cellules de la névroglie.

Je viens d'observer une de ces tumeurs, qui ont été nommées très justement *gliomes neuro-formatifs* ou *neurogliomes*, et je crois devoir en rapporter l'histoire en détail, à cause des dispositions remarquables qu'elle affectait. De plus, il m'a été permis de vérifier dans ce cas les idées que j'ai avancées l'an dernier à la Société médicale des hôpitaux, au sujet de la disparition des fibres à myéline tangentielles de l'écorce dans la compression cérébrale.

Voici cette observation, qui, au point de vue clinique, a été d'une régularité et d'une simplicité presque schématiques :

OBSERVATION. — *Céphalalgie violente avec crises épileptiformes démence rapide, sans délire, sans paralysies, ni contractures; titubation rendant la marche et la station debout impossibles. Evolution de la maladie en 4 mois. Mort dans le coma. Autopsie, gliome neuroformatif du volume d'une orange, parti de la face interne du lobe frontal gauche. Compression cérébrale; atrophie par compression des fibres tangentielles de l'écorce du cerveau; dégénérescence des fibres de la substance blanche du lobe frontal gauche et du faisceau d'association sous-jacent à la circonvolution de l'ourlet.*

R... Adélaïde, âgée de quarante ans, cuisinière, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Trousseau, nº 18, le 12 septembre 1852.

C'est une femme pâle, d'aspect cachectique, qui frappe au premier abord par son air hébété et l'expression de démence profonde qu'elle porte sur son visage. Si on la laisse tranquille, elle reste indéfiniment assise sur son lit, inerte, le regard vague, dans une immobilité presque absolue. De temps en temps, elle porte la main à son front en faisant entendre une légère plainte. Il faut la faire manger et boire, sans quoi elle n'y penserait pas; elle laisse aller ses urines et ses matières sous elle. Lorsqu'on l'interroge, elle vous regarde avec un sourire niais, mais ne répond que si on l'interpelle vivement et si l'on répète la question plusieurs fois; sa parole est lente, comme tous ses gestes, mais sans trouble de l'articulation; sa réponse est insignifiante, presque toujours affirmative, et souvent elle s'arrête au milieu de sa phrase pour retomber dans sa torpeur.

La mémoire est complètement perdue; la malade n'a plus aucune notion ni du temps ni du lieu où elle se trouve; elle reconnaît à peine les personnes qui viennent la voir. Il n'y a pas trace d'hallucinations, ni d'un délire quelconque.

R... marche à peine, avec l'aide d'une personne; la station debout, sans appui, est rendue impossible par des oscillations à droite et à gauche, en avant et en arrière, qui rappellent celles des tabétiques quand on leur ferme les yeux; mais chez elle l'occlusion des paupières n'a aucune action sur ce phénomène. Ses jambes ne fléchissent d'ailleurs pas sous elle et la force musculaire est encore relativement bien conservée; il n'existe aucun tremblement de la face ni des membres, aucune trace de contracture et les réflexes patellaires sont normaux.

Les pupilles réagissent bien. A l'ophtalmoscope on constate l'existence d'une stase papillaire assez marquée, égale des deux côtés; l'état de démence de la malade ne permet pas de se rendre compte de l'acuité visuelle, néanmoins il est évident que la vision est conservée dans une large mesure. Le sens du goût et de l'odorat sont conservés autant qu'on peut en juger; l'ouïe paraît absolu-

ment intacte. La sensibilité générale semble normale à droite, en tenant compte de la lenteur des réactions qui est le fait de son état cérébral; elle est peut-être un peu diminuée à gauche; enfin la pression de points situés au-dessus du sein et dans la région ovarienne, provoquent une réaction assez vive (zones hystérogènes).

Un des phénomènes les plus marqués de cet état morbide est la présence continuelle d'une céphalalgie intense, qui est localisée à la région frontale et au sommet de la tête; cette douleur, qui empêche le sommeil, est sujette à des exacerbations pendant lesquelles la malade gémit.

La langue est blanche, saburrale; l'appétit est complètement aboli et c'est à peine si on peut faire prendre à la malade un demi-litre de lait dans la journée; la constipation est opiniâtre; parfois, mais rarement, il survient un vomissement de lait caillé, qui se produit sans effort. Les urines sont peu abondantes et ne contiennent ni albumine ni sucre. Le pouls est régulier, à 60 pulsations. L'examen du cœur, des poumons, du foie ne donne que des résultats négatifs. Il n'existe aucune trace de syphilis à la surface du corps.

Les renseignements, que cette malade était naturellement hors d'état de donner, ont été fournis par une de ses amies, qui la connaissait depuis vingt ans; ils sont muets sur les antécédents héréditaires; la malade avait été bien portante jusqu'à sa maladie actuelle, sauf un « catarrhe du nez » avec larmoiement et surdité intermittente, qui avait été soigné pendant longtemps par un spécialiste et qui s'était beaucoup amélioré par le traitement; c'était une femme d'une conduite régulière, sobre quoique cuisinière, d'un naturel gai; elle n'avait jamais eu de crises ni d'attaques d'aucune sorte.

Il y a trois mois, étant aux bains de mer avec ses maîtres, elle a été prise de douleurs violentes dans la tête; l'invasion de ces douleurs aurait été brusque, et c'est au sortir d'un bain qu'elles auraient débuté. Bientôt elles ont acquis une intensité très grande et se sont accompagnées de crises épileptiformes; ces crises débutaient par quelques plaintes de la malade, qui accusait une vive douleur au sommet de la tête; puis la douleur augmentait au point de lui arracher des cris perçants; au bout de quelques instants il survenait une perte de connaissance qui durait plusieurs minutes et au sortir de laquelle la malade ne se souvenait plus de rien. Pendant la crise la face grimaçait et la bouche était tirée d'un côté (à gauche ?).

Ces crises survenaient plusieurs fois par jour; depuis lors, elles ont diminué de fréquence. Au bout de deux mois ses maîtres la renvoyèrent à Paris. A son arrivée elle marchait encore, elle montait et descendait les escaliers, mais déjà l'intelligence était éteinte.

En présence de l'état de la malade et des renseignements fournis sur son compte, on porte le diagnostic de *tumeur cérébrale*. Les

troubles de l'équilibre et les symptômes oculaires sont loin d'être assez intenses pour permettre de localiser le néoplasme dans le cervelet. L'absence de symptômes paralytiques, la douleur frontale, les troubles mentaux prédominants sont au contraire suffisamment caractéristiques pour faire supposer qu'il s'agit d'une tumeur frontale. Malgré l'absence d'antécédents syphilitiques on donne le traitement spécifique, qui reste sans action.

L'évolution de la maladie continue; elle est régulière et rapide. Il survient encore quelques crises semblables à celles qu'elle a eues autrefois ; on constate alors que pendant le paroxysme douloureux la face grimace, les yeux sont convulsés, mais il n'y a pas de prédominance d'un côté ou de l'autre ; les bras s'agitent légèrement, mais les jambes restent immobiles. Puis la malade tombe dans un assoupissement stertoreux qui se dissipe assez rapidement. Ces crises deviennent de moins en moins fortes et disparaissent bientôt complètement.

L'amaigrissement fait des progrès rapides. La stupeur devient telle que l'on ne peut plus en tirer la malade, qui ne répond bientôt plus que par des sons inarticulés. Puis il survient une escharre fessière double, la température s'élève à 39°,5 et la malade meurt dans le coma le 6 octobre 1892, à 6 heures du matin, quatre mois à peine après le début de sa maladie.

Autopsie. — L'autopsie est faite vingt-cinq heures après la mort. Le cadavre est profondément émacié, sans œdème; il existe deux escharres fessières larges comme la paume de la main, encore adhérentes, tendant à se réunir sur la ligne médiane; de plus on aperçoit une plaque noirâtre, sèche, sur le grand trochanter droit, répondant à une tache érythémateuse qui s'était montrée à la fin de la vie.

Le canal rachidien ouvert montre la dure-mère distendue par le liquide céphalo-rachidien plus abondant que de coutume. A part cela et une certaine congestion veineuse de la pie-mère, il n'y a rien d'anormal, ni dans la moelle, ni dans les méninges.

Après ablation de la calotte cranienne, qui est saine, les veines de la dure-mère paraissent gorgées de sang noir; la dure-mère, également saine, étant incisée, les lèvres de l'incision s'écartent aussitôt et laissent apercevoir l'encéphale qui tend à proéminer. La surface des hémisphères est complètement lisse et sèche ; il n'y a pas une goutte de liquide céphalo-rachidien; les circonvolutions paraissent séparées les unes des autres simplement par les veines de la pie-mère dilatées, mais elles ne font plus à la convexité la saillie habituelle. En un mot, le cerveau porte les traces d'une compression énergique.

L'encéphale étant enlevé en totalité, on n'aperçoit encore pas la lésion, mais lorsqu'on veut écarter la scissure inter-hémisphé-

rique au niveau des lobes frontaux, on tombe immédiatement sur une tumeur volumineuse située sur la ligne médiane à un centimètre du bord antérieur des lobes frontaux. Cette tumeur, qui a l'aspect d'une circonvolution, peut être décortiquée jusqu'à un certain point, tant à droite qu'à gauche; mais bientôt il devient impossible de la séparer du reste du cerveau sans faire violence aux tissus ; la faux du cerveau est érodée et détruite à ce niveau. On sectionne la tumeur sur la ligne médiane et, les hémisphères étant séparés, on complète l'examen en pratiquant la coupe de Flechsig. On aperçoit alors une tumeur du volume d'une orange

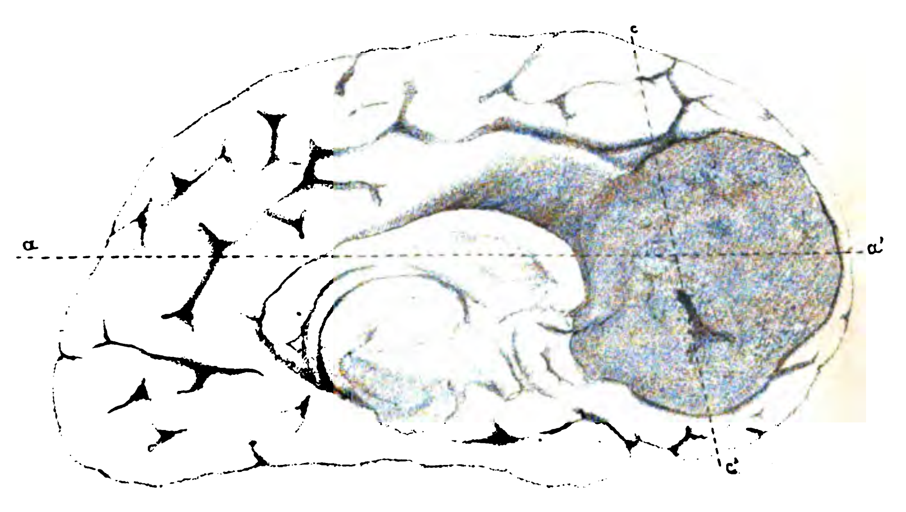


Fig. 13. — La tumeur coupée sur la ligne médiane; son prolongement en arrière dans la circonvolution crêtée, sa cavité.

environ dont une moitié est restée adhérente à chaque hémisphère. A droite, ainsi qu'il a été dit, on peut décortiquer la tumeur sur toute sa périphérie, mais elle adhère intimement à l'écorce du lobe frontal par sa partie la plus saillante. A gauche, la tumeur peut être décortiquée; de même en avant, en haut et en bas, mais en arrière elle se continue directement avec la circonvolution de l'ourlet qui se renfle beaucoup en se rapprochant d'elle (*fig.* 13); de plus, la surface de cette circonvolution est toute hérissée de très petites saillies qui lui donnent à ce niveau un aspect rugueux. En pratiquant des sections transversales de cette circonvolution, on aperçoit sous l'écorce, qui a gardé à peu près son aspect ordinaire, une tache arrondie, d'aspect translucide, qui remplace la

substance blanche : c'est un prolongement postérieur de la tumeur qui s'insinue, sous la forme d'un côce effilé, dans l'épaisseur de la circonvolution, qui lui doit son ampleur anormale et sa forme cylindrique. Sur la coupe de Flechsig, la tumeur pénètre en arrière et en dehors daus le noyau blanc du lobe frontal, sans atteindre

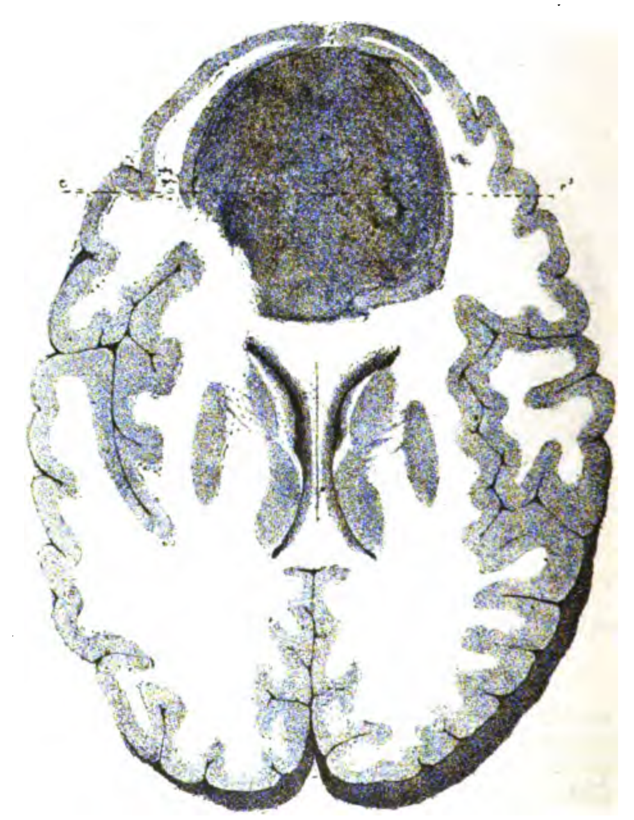


Fig. 14. — La tumeur vue sur une coupe pratiquée suivant la ligne *aa'* de la *figure* 13 ; compression des deux lobes frontaux.

le corps strié (*fig.* 13) ; un simple changement de couleur et de consistance indique la transition entre la substance saine et le néoplasme ; il n'y a aucune trace d'hémorrhagie ni de ramollissement à son pourtour.

En résumé, on voit que la tumeur est née de la circonvolution de

l'ourlet gauche au devant du genou du corps calleux ; elle a formé une masse très largement pédiculée qui s'est avancée sur la ligne médiane en refoulant à droite les circonvolutions de l'ourlet et la frontale interne, à gauche la circonvolution frontale interne du même côté, et en détruisant la faux du cerveau à ce niveau. Les

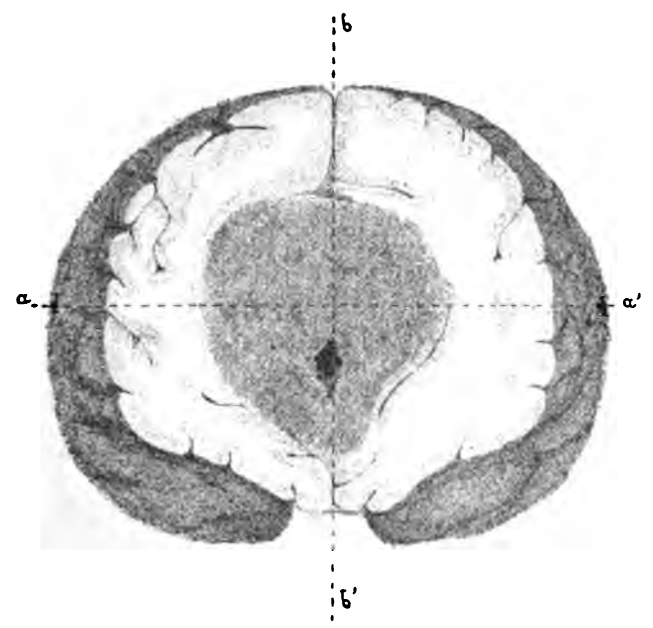


Fig. 15. — La tumeur vue sur une coupe pratiquée suivant la ligne cc' des *figures* 13 et 14.

centres blancs des lobes frontaux sont très fortement aplatis; les circonvolutions correspondantes sont couchées et amincies (*fig.* 15).

Cette tumeur, considérée en elle-même, présente un aspect translucide et grisâtre; elle est molle et comme gélatineuse par places, plus dure et plus opaque en d'autres points. Elle contient à son centre, une cavité irrégulière grosse comme une noisette.

A part une broncho-pneumonie double, à noyaux disséminés avec congestion étendue à la base et un léger degré d'épanchement dans les plèvres, les autres organes ne présentent rien à signaler.

Examen histologique. — Les pièces ont été étudiées sur des dissociations à l'état frais et après l'alcool au tiers; puis sur des

coupes après durcissement prolongé dans la liqueur de Müller. Les coupes ont été faites après inclusion dans le collodion et la paraf-

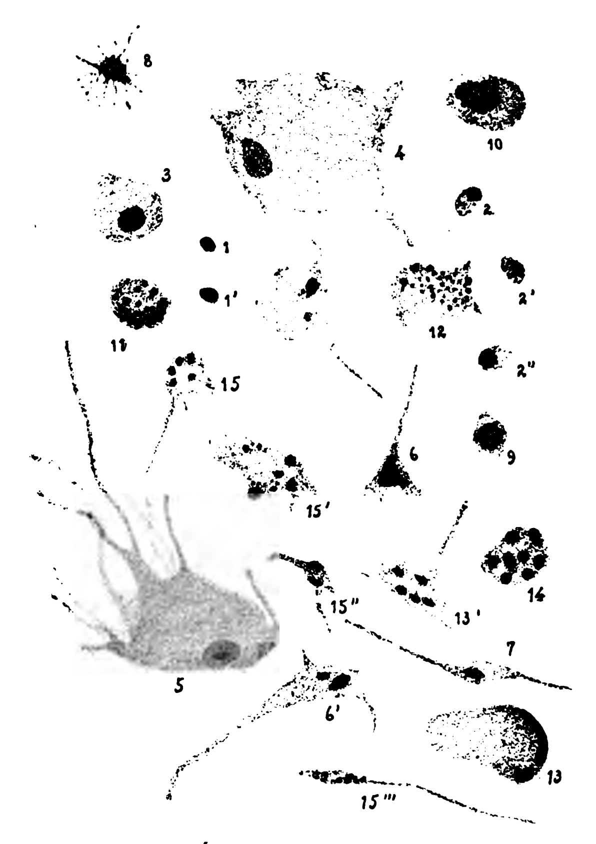


Fig. 16. — Éléments de la tumeur dissociés.

1, 1'' noyaux neuroblastiques; 2, 2', 2'' neuroblastes arrondis, avec un noyau excentrique et un protaplasma trouble; 3 neuroblaste plus développé; 4 cellule nerveuse adulte du type multipolaire, avec un gros noyau nucléolé et des prolongements brisés près de leur origine; 5 cellule semblable en forme de poulpe avec un prolongement cylindraxile; 6, 6' cellules du type pyramidal; 7 cellule fusiforme; 8 cellule araignée avec deux petits noyaux; 9 neuroblaste avec un noyau mûriforme; 10 neuroblaste avec un noyau divisé en une multitude de petites boules arrondies; 11 noyau semblable dont les fragments moléaires s'éparpillent dans le protoplasma; 13 à 15 cellules de formes diverses à noyaux multiples ou divisés. *Picro-carmin et hématoxyline.* — (obj. 7 Verick, oc. 1.)

fine et colorées par les méthodes usuelles; les préparations les plus démonstratives ont été fournies par des fragments de la

tumeur colorés en masse dans le picro-carmin et inclus dans la paraffine.

1° *La tumeur.* — Sur les dissociations à l'état frais on constate que le tissu néoplasique est formé d'éléments divers suivant les points ; tantôt on a sous les yeux un tissu riche en cellules qui, à part leur volume plus considérable et leur abondance extrême, ressemblent parfaitement à des *cellules névrogliques;* tantôt au contraire le tissu paraît composé de *cellules nerveuses,* à prolongements multiples, et de filaments épais de 0,5 à 2 μ de longueur indéfinie, d'aspect légèrement fibrillaire, qui ne sont autres que des *fibres nerveuses amyéliniques.* Nous étudierons successivement ces deux ordres de tissus, qui sont disposés au centre de la tumeur sous forme d'îlots sans forme et sans ordre définis.

A. — Le *tissu névroglique,* plus translucide, plus mou, présente à considérer : 1° des *noyaux ovoïdes ou arrondis,* de 3 à 5 μ de diamètre (1, 1', *fig.* 16), autour desquels on aperçoit à peine une très fine couche de protoplasma ; ce sont là des formes purement embryonnaires des *neuroblastes ;* — 2° des cellules avec un noyau semblable, ou quelquefois deux ou plusieurs noyaux, qui sont très finement granuleuses, et émettent des prolongements également grenus d'où se dégagent des fibrilles fines et réfringentes (*cellules névrogliques*) ; — 3° des cellules plus avancées encore dans leur évolution, qui présentent un corps protoplasmique clair et qui sont hérissées de prolongements fins, raides, réfringents, non ramifiés : ce sont des *cellules-araignées* typiques (8, *fig.* 16).

Sur les coupes ce tissu forme un réseau dont les travées sont constituées par un feutrage très fin de fibrilles fines, qui doivent un aspect grenu au dépôt d'une couche de substance interstitielle (*fig.* 17) ; traitées par la méthode de Malassez ces fibrilles deviennent plus nettes et résistent parfaitement à la potasse ; elles sont colorées par le carmin.

En somme, il s'agit d'un tissu néoplasique qui reproduit très exactement le type de la névroglie, en un mot d'un *gliome.*

B. — Le *tissu nerveux* proprement dit a un aspect un peu blanchâtre et est un peu plus ferme ; il est constitué par des *cellules nerveuses* à différents stades de leur évolution et des *fibres amyéliniques.* On y trouve : 1° des *noyaux isolés* semblables à ceux qui ont été décrits plus haut ; — 2° des noyaux analogues, entourés d'une couche assez épaisse d'un protoplasma un peu trouble, très avide de carmin ; le tout forme des *cellules arrondies, de volume variable* (2, 2', 2'', *fig.* 16) qui représentent un stade intermédiaire de l'évolution des éléments suivants ; — 3° de véritables *cellules ganglionnaires* reconnaissables à leur volume énorme, à leurs pro-

longements nombreux, à leur protoplasma trouble, à leur noyau volumineux, finement réticulé, munis d'un nucléole et colorés d'une façon peu intense par les différents colorants nucléaires; — 4° des *filets nerveux amyéliniques* qui forment des feutrages ou des faisceaux serrés.

Les cellules ganglionnaires adultes ont des formes très variées;

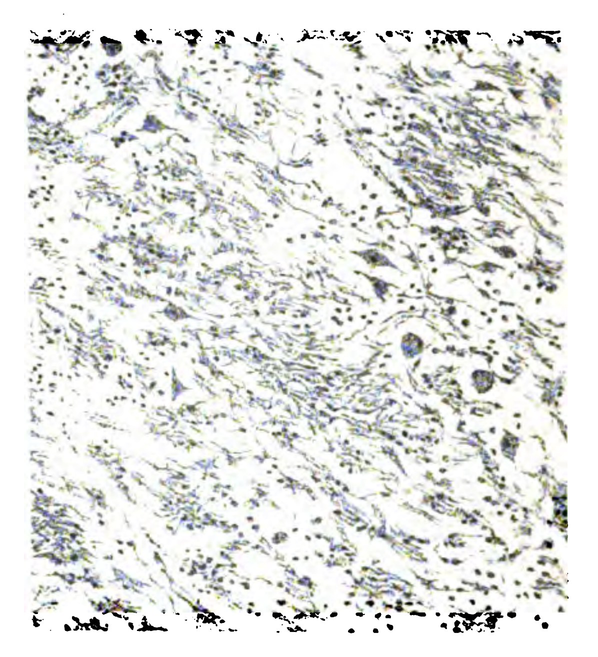


Fig. 17. — Coupe prise dans une portion glanglionnaire de la tumeur; cellules nerveuses éparses dans un bain formé exclusivement par des filaments nerveux isolés ou groupés en faisceaux. Neuroblastes dessé-minés. *Inclusion à la parafine; picrocarmin et safranine.* (Obj. 2, Vérick, oc. 1.)

beaucoup sont vacuolisées. Les unes, plus rares, sont faites sur le *type médullaire* et atteignent les dimensions de 20 à 30 μ (4 et 5, *fig.* 16). Elles ont des prolongements très nombreux qui n'ont d'anormal que leur nombre et leur disposition quelquefois irrégulière: ces prolongements sont larges, très peu ramifiés et s'étendent très loin. Les uns s'amincissent bientôt pour former par leur entre-croisement un réseau élégant; les autres au contraire ne changent pas de dimension dans toute la partie de leur trajet que

l'on peut suivre et ont tous les caractères des *prolongements cylindraxiles;* à côté des prolongements qui, dès leur origine, ont l'aspect de cylindre d'axe (5, *fig.* 16) il y en a d'autres qui semblent prendre ces caractères à une certaine distance de la cellule, leur calibre devenant régulier et leur aspect légèrement fibrillaire; de telle sorte qu'il semble très probable qu'une seule cellule est capable de fournir plusieurs fibres au réseau des cylindres d'axe qui parcourent la tumeur.

Ces cellules à type médullaire siègent plutôt dans le prolongement que la tumeur envoie dans la circonvolution de l'ourlet; dans la partie centrale de la tumeur on en trouve d'autres, en très grand nombre, qui ont la forme d'un triangle allongé et qui sont faites sur le *type cortical;* ce sont à vrai dire des *cellules pyramidales*, remarquables par la longueur et l'épaisseur du prolongement qui forme leur pointe. Par leur base, elles émettent d'autres prolongements plus fins qui semblent se terminer bientôt en s'effilant; mais, parmi ces derniers, il est possible d'en distinguer parfois un qui garde un calibre régulier et qui ne paraît être autre chose qu'un prolongement cylindraxile. Le protoplasma de ces cellules, comme celui des cellules à type médullaire, est finement grenu et ne diffère en rien du protoplasma des cellules nerveuses normales; il ne contient pourtant jamais de pigment.

On rencontre encore une troisième espèce de cellules qui ont la forme d'un *fuseau très allongé* (7, *fig.* 16); elles sont moins nombreuses que les précédentes.

Les noyaux des cellules n'ont pas tous le même aspect; ceux des cellules ganglionnaires à type médullaire ont pour la plupart les caractères des noyaux normaux; ils sont volumineux, arrondis, formés par un très fin réticule chromatique et munis d'un nucléole volumineux; ils sont peu avides de couleur. Les cellules ganglionnaires à type cortical au contraire ont plus volontiers des noyaux qui se rapprochent de l'état embryonnaire; ils sont plus petits, plus compacts, fortement colorés, assez souvent déformés ou multiples.

Il ne m'a pas été possible de déceler des figures de karyokinèse; il est vrai que je ne me suis pas servi de fixateur autre que la liqueur de Müller, mais les différents aspects des noyaux semblent indiquer que leur multiplication se fait suivant le mode direct; ainsi dans les points où la prolifération est active, sur les bords de la tumeur, beaucoup de noyaux sont allongés ou étranglés en bissac; d'autre part on trouve de grandes cellules arrondies, à protoplasma trouble qui contiennent jusqu'à huit ou dix noyaux (14, *fig.* 16); il est probable que ces cellules-mères donnent par division des neuroblastes tels que ceux qui sont représentés en 2, 2′, 2″, *figure* 16 : ce serait une multiplication endogène à un stade tardif de l'évolution.

A côté de ces cellules, où la division des noyaux paraît s'effectuer

d'une façon régulière, on en trouve beaucoup d'autres où le noyau subit une *fragmentation irrégulière* qui ressemble beaucoup plus à une dégénérescence qu'à un processus de division directe ou indirecte; on peut en voir les phases en 9, 10, 11, 12, 15, 15', 15'', 15''', *figure* 16. D'ailleurs les éléments qui portent de semblables noyaux gardent presque toujours une forme irrégulière et semblent avorter dans leur évolution.

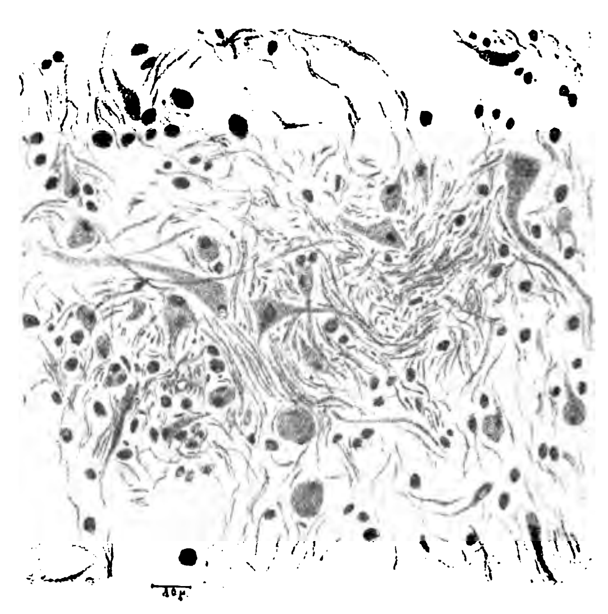


Fig. 18. — Coupe prise dans la même région que la précédente. Le tissu est constitué exclusivement par des cellules ganglionnaires du type pyramidal, des filaments nerveux et des neuroblastes; les vaisseaux sont rares. *Inclusion à la paraffine; picrocarmin et hématoxyline.* (Obj. 7, Vérick, oc. 1.)

En résumé, les éléments que nous venons de décrire sont faits sur des types qui reproduisent assez exactement les cellules nerveuses normales et qui se développent comme elles. Néanmoins, à bien des caractères, on voit que l'on a affaire à une évolution morbide et les cellules néo-formées portent pour la plupart le cachet évident de leur origine cancéreuse.

Voyons maintenant comment ces éléments se groupent pour former un tissu. D'une façon générale, au pourtour de la tumeur les éléments embryonnaires prédominent : il y a là une zone de

prolifération; puis, à mesure qu'on se rapproche du centre, on voit les éléments évoluer vers les types adultes, qui bientôt constituent le tissu presque à eux seuls. Il n'existe nulle part d'extravasation sanguine, ni de pigmentation; on n'aperçoit pas non plus de trace de dégénérescence des éléments anatomiques. L'excavation qui occupe le centre du ganglion semble formée par simple écartement des tissus; ses parois contiennent des cellules parfaitement vivantes et elles sont tapissées par un feutrage de fibres nerveuses, ainsi qu'on le verra plus loin.

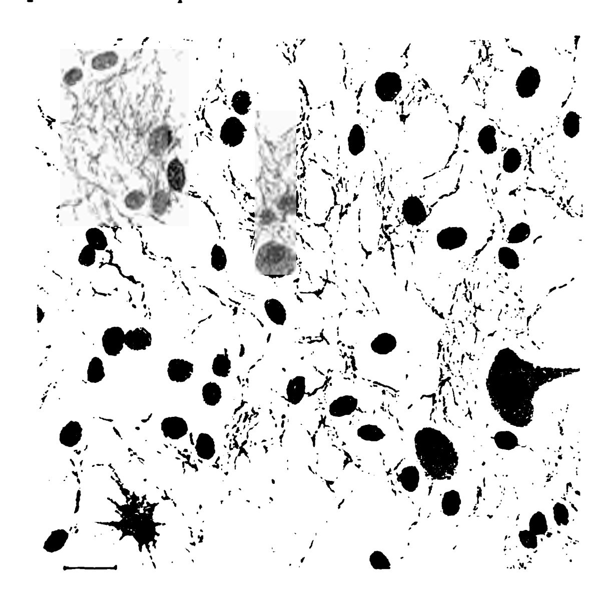


Fig. 19. — Coupe prise dans une portion névroglique de la tumeur. Cellules et réticulum névrogliques; une cellule araignée; neuroblastes plus ou moins avancés dans leur évolution sur le type ganglionnaire. *Inclusion à la paraffine; picrocarmin et hématoxyline.* (Immers. 1/10, Vérick, oc.)

J'ai déjà décrit l'aspect des points où le type névroglique prédomine; je dois ajouter que même dans ces points on trouve encore des cellules ganglionnaires éparses au milieu de la névroglie néoplasique (*fig.* 17). Dans les endroits où le tissu est fait sur le type nerveux pur, on n'aperçoit que des cellules ganglionnaires qui enlacent leurs prolongements de manière à former un feutrage serré, sans substance interstitielle ni fibres névrogliques (*fig.* 18 et 19). Des fibres nerveuses amyéliniques plus ou moins groupées en fais-

ceaux parcourent le tissu dans tous les sens. Les vaisseaux sont peu abondants; ils ont des parois saines et constituées normalement le plus souvent; quelquefois pourtant leurs tuniques sont infiltrées de leucocytes.

Souvent ils sont enveloppés d'une gaine épaisse de fibres nerveuses parallèles à leur direction, tassées les unes contre les autres, qui semblent avoir trouvé là une sorte de conducteur; on peut comparer à cette disposition celle que les fibres affectent lorsqu'elles arrivent sur une surface libre, comme par exemple la surface de la circonvolution de l'ourlet ou bien celle de la cavité qui creuse la tumeur; on les voit alors ramper dans tous les sens, comme les branches d'un lierre qui grimpe le long d'un mur, et former une couche feutrée plus ou moins épaisse, plus ou moins irrégulière — c'est là ce qui donne à la circonvolution de l'ourlet son aspect rugueux.

Vers le centre de la tumeur il existe, outre la cavité principale, une grande quantité de petites fissures microscopiques qui sont faites sur le même type et qui sont toutes munies d'une couche, simple ou double, formée par un pareil feutrage.

Origine des cellules néoplasiques. — Sur toute la tumeur l'écorce cérébrale envahie par le néoplasme ne se distingue plus du reste. Sur les limites de l'écorce saine on peut se rendre compte de l'évolution de la tumeur, car l'activité proliférative semble s'étendre de proche en proche et la tumeur s'agrandit, non pas seulement par la multiplication des éléments qui la composent, mais encore par propagation de l'irritation néoplasique aux éléments similaires des tissus encore sains. Il semble que, comme dans les carcinomes, les éléments susceptibles de proliférer sont atteints par la contagion au contact des éléments déjà cancéreux. Un point particulièrement favorable pour cette étude est l'écorce de la circonvolution de l'ourlet qui est en contact avec la tumeur par sa face inférieure.

A cet endroit, les éléments commencent à entrer en prolifération; on voit les noyaux des cellules de la névroglie éparses dans l'écorce augmenter de volume et présenter des signes évidents de multiplication directe : forme allongée, en bissac, etc.; un peu plns bas apparaissent les formes cellulaires différenciées que nous avons décrites plus haut et qui proviennent évidemment des cellules névrogliques revenues à l'état embryonnaire et proliférées. Il est un point qui présente un intérêt tout particulier : c'est autour des grandes cellules pyramidales; on sait qu'il existe normalement dans l'espace péricellulaire de ces éléments, vers leur base, un noyau petit, arrondi, fortement coloré par les réactifs nucléaires; ce noyau a été considéré, avec beaucoup de vraisemblance, comme appartenant à un neuroblaste destiné à remplacer la grande cellule nerveuse au cas où elle viendrait à manquer; or, on trouve

dans le cas actuel, autour de la cellule pyramidale et dans l'espace clair qui l'entoure, un nombre assez considérable de noyaux en état de prolifération évident (*fig.* 21). Ces noyaux, dont quelques-uns sont entourés déjà d'une couche de protoplasma visible, dérivent évidemment du petit noyau de remplacement de la cellule nerveuse. En descendant vers le néoplasme, on voit cette disposition s'exagérer, les cellules pyramidales sont détruites progressivement et remplacées par de petits nids de cellules embryonnaires qui finissent par se diffuser dans les tissus et se mélanger aux éléments néoplasiques qui les entourent. Ces cellules sont-elles destinées à produire les cellules ganglionnaires du néoplasme à l'ex-

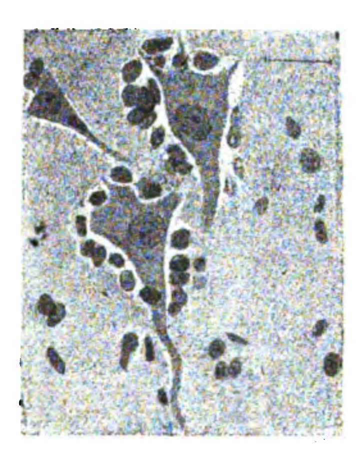


Fig. 20. — Cellules pyramidales d'une portion de l'écorce prises à la limite du néoplasme; prolifération des éléments des espaces péricellulaires. *Inclusion au collodion; hématoxyline et éosine.* (Obj. 7, Vérick, oc. 3.)

clusion des éléments analogues qui proviennent de la névroglie? C'est là une question qui serait intéressante à résoudre, mais on ne peut que faire des suppositions à cet égard, car les éléments embryonnaires de la tumeur ne se distinguent pas les uns des autres; il est pourtant plus probable que les éléments embryonnaires une fois formés, qu'ils proviennent d'éléments préexistants différenciés dans un sens ou dans l'autre, mais issus de la même origine embryogénique, se comportent comme les neuroblastes de la période embryonnaire et donnent naissance indifféremment les uns à des cellules de la névroglie, les autres à des cellules ganglionnaires.

2° *Lésions secondaires du cerveau.* — J'ai déjà fait remarquer

l'aplatissement subi par le centre blanc des deux lobes frontaux, la destruction par le néoplasme de l'écorce de la circonvolution de l'ourlet gauche au devant du corps calleux, la compression directe subie par le reste de l'écorce de la face interne des lobes frontaux droit et gauche, la compression générale des hémisphères par suite de l'augmentation du volume de l'encéphale. Il me reste à faire connaître les résultats plus précis fournis soit par de grandes coupes histologiques pratiquées dans l'épaisseur des hémisphères, soit par des coupes portant sur des circonvolutions isolées.

Le centre blanc du lobe frontal droit, quoique comprimé, ne présente aucune trace de dégénérescence et se colore par la méthode de Pal d'une façon aussi intense que le reste du cerveau; il en est d'ailleurs de même pour l'hémisphère droit tout entier qui ne renferme pas de dégénérescence appréciable.

A gauche, au contraire, la substance blanche présente des marques évidentes de dégénérescence dans toute la partie antérieure du lobe frontal qui est respectée par la tumeur; dans ce point les coupes colorées à l'hématoxyline de Weigert-Pal montrent une pâleur qui tranche vivement sur la netteté de la coloration des parties environnantes. La dégénérescence s'étend en haut et en dehors de la tumeur vers l'écorce qu'elle atteint dans la moitié antérieure des circonvolutions frontales; plus en arrière elle s'éloigne graduellement de la substance grise, de telle sorte que le pied des circonvolutions frontales et la circonvolution rolandique antérieure ont leur substance blanche intacte. En bas, dans la portion qui est comprise entre la tumeur et l'écorce de la face orbitaire du lobe frontal, la dégénérescence est moins accentuée.

En arrière, la dégénérescence gagne la face antérieure du corps strié, en respectant, comme je l'ai dit, les rolandiques; elle s'étend même un peu dans la capsule externe, sous l'écorce de l'insula, mais je n'ai pas pu suivre par en bas cette dégénérescence de la capsule externe, et je n'ai pas pu m'assurer si elle répond au trajet du faisceau unciforme, comme son siège pourrait le faire supposer.

Malgré toutes ces lésions la branche antérieure de la capsule interne est remarquablement intacte.

On a vu plus haut que la tumeur envoyait en arrière un prolongement dans la substance blanche de la circonvolution de l'ourlet. Ce prolongement occupe très exactement la place du faisceau d'association longitudinal qui est sous-jacent à cette circonvolution (cingulum); il s'étend jusque vers l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs du corps calleux, en s'amincissant graduellement. Mais en arrière de ce point, quoique les éléments néoplasiques disparaissent complètement, il reste au même endroit une dégénérescence qui est bien visible sur la *figure* 21. Ce sont les fibres du cingulum qui ont dégénéré en conséquence de la destruction de leur lieu d'origine, la face interne du lobe frontal

gauche. On suit cette dégénérescence tout le long du corps calleux, mais elle s'amincit graduellement à mesure qu'il apparaît des fibres saines entre elle et l'écorce; on en retrouve encore des traces dans le lobe temporal où les fibres longitudinales, qui occupent la base de la circonvolution de l'hippocampe, sont certainement moins nombreuses à gauche qu'à droite.

Ainsi donc, en résumé, la substance blanche du lobe frontal gauche a subi, autour de la tumeur, une dégénérescence considérable, qui ne se propage pas à la branche antérieure de la capsule interne. Il n'y a pas d'autre dégénérescence secondaire dans le



Fig. 21. — Coupe transversale de la moitié supérieure de l'hémisphère gauche, pratiquée à l'union du 1/3 postérieur avec les 2/3 antérieurs du corps calleux. Dégénérescence du cingulum. *Inclusion au collodion; coloration de Pal.* (Grandeur naturelle.)

reste de l'hémisphère que celle du cingulum; cette dégénérescence montre que ce faisceau d'association part de la face interne du lobe frontal, cède ses fibres tout le long de son trajet, pour en reprendre d'autres et ne contient plus beaucoup de ses fibres frontales lorsqu'il arrive dans la circonvolution de l'hippocampe.

Il nous faut maintenant étudier les dégénérescences de la substance grise, qui sont très étendues et très importantes dans l'espèce. Sur les coupes colorées par le carmin et l'hématoxyline, on ne voit rien d'anormal sauf une congestion assez intense; les parois vasculaires, les cellules ganglionnaires et névrogliques ne présentent aucune lésion appréciable en aucun point de l'écorce, mais l'étude

de coupes colorées par la méthode élective de Pal décèle une atrophie considérable des fibres tangentielles de l'écorce.

On sait que ces fibres peuvent être distinguées en trois plans : 1° un réseau superficiel très serré mais peu épais; — 2° un réseau très lâche de fibres très fines plus ou moins horizontales, qui répond aux petites cellules pyramidales; — 3° ce réseau devient de plus en plus puissant à mesure qu'on descend dans la zone des grandes cellules pyramidales où ses fibres s'entre-croisent avec les fibres irradiées de la substance blanche. Il nous faut étudier les lésions de ces différentes couches dans les diverses régions de l'écorce cérébrale.

Dans le lobe frontal gauche toute la région antérieure ne contient plus de fibres à myéline dans la deuxième couche ; elles sont fortement diminuées dans la troisième et la première n'en contient plus que quelques rares, dans les points qui répondent à des sillons. A mesure que l'on se rapproche de la région rolandique, les fibres conservées augmentent de nombre graduellement, d'abord au fond des sillons; au niveau du pied des frontales l'aspect de la substance grise sur les faces latérales des circonvolutions est redevenu presque normal, mais à la face supérieure les fibres restent bien moins nombreuses, surtout dans la deuxième couche. Il en est de même au niveau du cap de Broca.

Le lobe frontal droit, d'une façon générale, subit une lésion parallèle à celle du gauche, mais moins intense; les fibres de la deuxième couche qui sont complètement détruites vers la pointe, réapparaissent dans le fond des sillons plus en avant que du côté opposé. La lésion est beaucoup plus marquée à la face interne de ce lobe, au niveau des points directement comprimés et adhérents à la tumeur. Mais là encore il reste quelques rares fibres superficielles pour témoigner de l'intégrité relative des tissus ; d'ailleurs les cellules nerveuses ne paraissent pas avoir souffert.

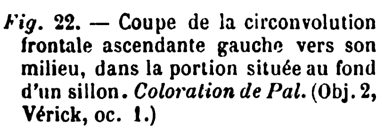
Les circonvolutions rolandiques et le lobule paracentral à gauche présentent un aspect très différent suivant qu'on les examine sur leurs faces cachées ou sur leurs faces découvertes : au fond des sillons elles sont absolument normales; à la périphérie la deuxième couche est assez fortement lésée et la première n'est plus intacte.

A droite les régions correspondantes sont complètement saines, sauf encore une certaine diminution des fibres de la deuxième couche dans la partie superficielle des circonvolutions; cette diminution n'est pas régulière, mais est répartie sous forme de plaques.

Dans le lobe pariétal la lésion redevient plus intense; à gauche, dans la partie antérieure de ce lobe, on ne trouve presque plus de fibres dans la première couche, à la face supérieure des circonvolutions ; celles de la deuxième couche ont complètement disparu. Sur les faces latérales, les première et deuxième couches sont encore



Fig. 22. — Coupe de la circonvolution frontale ascendante gauche vers son milieu, dans la portion située au fond d'un sillon. *Coloration de Pal.* (Obj. 2, Vérick, oc. 1.)



Nota. Sur ce dessin la couche superficielle des fibres à myéline horizontales et la couche profonde ne tranchent pas aussi nettement sur la couche moyenne que dans la réalité.



Fig. 23. — Même coupe que dans la figure précédente, mais le dessin est pris dans la portion superficielle de la circonvolution. Atrophie des fibres tangentielles des couches superficielle et moyenne.



assez mal fournies. Dans la partie postérieure du lobe pariétal la lésion est encore plus avancée.

A droite les fibres sont mieux conservées, d'une façon générale, dans la région pariétale antérieure, mais elles s'atrophient presque autant qu'à gauche dans la région pariétale postérieure.

Dans le lobe temporal la lésion est à son maximum dans la région moyenne, où les fibres superficielles ont presque complètement disparu, même dans les sillons, à gauche. Le lobe droit est moins altéré.

Enfin en arrivant dans le lobe occipital, on retrouve encore une atrophie très marquée des deux premières couches à la face supérieure des circonvolutions tandis que les faces latérales sont presque normales; cette lésion, plus faible à droite, est beaucoup moins intense que celle du lobe pariétal; elle est pourtant plus forte que celle des circonvolutions motrices, surtout à droite.

En somme, on voit que la disparition des fibres tangentielles de l'écorce est plus avancée dans l'hémisphère gauche, plus directement comprimé; elle débute par la deuxième couche, qui répond aux petites cellules pyramidales, et, point important, elle est toujours beaucoup plus avancée à la partie superficielle des circonvolutions que dans les sillons où l'écorce est relativement protégée contre la compression. Dans le

Fig. 24. — Coupe de la dernière circonvolution frontale gauche dans sa région moyenne; dessin pris dans la portion située au fond d'un sillon. Atrophie considérable des fibres tangentielles dans toutes les couches de l'écorce.

lobe frontal la lésion est à son maximum; elle diminue à mesure que l'on se rapproche de la zone rolandique, qui semble jouir d'une immunité particulière, pour reparaître dans le lobe pariétal et s'atténuer de nouveau dans le lobe occipital, le plus éloigné de la cause de compression. Dans le lobe temporal la pointe, protégée par le rebord des ailes sphénoïdales, est beaucoup moins lésée que la partie moyenne, qui répond au rocher; la région postérieure, qui appuie sur la tente du cervelet, est également mieux conservée. Je dois ajouter que les pièces ont été fort bien fixées et que les colorations se sont faites avec la plus grande netteté, ce qui exclut l'idée d'altérations cadavériques. D'ailleurs le maximum des lésions siégeant toujours à la superficie, dans les points les plus accessibles aux réactifs, tandis que dans les sillons les fibres sont partout plus nombreuses, on ne peut pas accuser le défaut de pénétration des liquides fixateurs, qui aurait produit un effet exactement inverse. Enfin des préparations ont été faites à l'état frais par la méthode d'Exner, qui ne permet aucun doute, et ont confirmé exactement par avance les résultats trouvés plus tard par la méthode de Pal.

En dehors du cerveau il n'y a aucune dégénérescence du reste de l'axe nerveux. Le bulbe et la moelle sont complètement sains.

*
* *

— Une femme de quarante ans est prise subitement de maux de tête violents et d'attaques épileptiformes avec perte de connaissance, sans grands mouvements convulsifs, sans paralysies ni contractures. Bientôt il survient une démence rapidement progressive, sans délire d'aucune sorte. Quelques stigmates d'hystérie ne jouent dans le tableau clinique qu'un rôle très effacé. La mort survient au bout de quatre mois et, à l'autopsie, on trouve un gliome neuro-formatif, comprimant directement la face interne des deux lobes frontaux et indirectement le cerveau tout entier.

De cet ensemble je retiendrai deux points : la démence et la nature de la tumeur.

La démence est le fait de l'altération des lobes frontaux, que l'on regarde unanimement comme le siège de l'intelligence. Mais il est nécessaire d'analyser exactement la nature de cette altération. La portion d'écorce cérébrale détruite complètement ne représente qu'un petit territoire de la face interne du lobe frontal gauche, l'extrémité antérieure de l'ourlet; par contre tout le reste de l'écorce des deux lobes frontaux a conservé l'intégrité de ses éléments sauf la diminution des fibres à myéline tangentielle. D'autre part, la subs-

tance blanche du lobe frontal droit est complètement intacte, quoique déformée, et celle du lobe frontal gauche est saine pour la bonne moitié de la partie convexe de l'écorce frontale; enfin la branche antérieure de la capsule interne n'est altérée ni d'un côté ni de l'autre. De sorte qu'en réalité, si l'on fait abstraction de la dégénérescence des fibres à myéline tangentielles, la lésion destructive est beaucoup moins étendue qu'elle ne le paraît à première vue, à cause des déformations subies par la région.

Cette dégénérence des fibres tangentielles acquiert une importance d'autant plus grande que dans beaucoup de ces lésions traumatiques, même étendues, des lobes frontaux, on n'a pas constaté l'apparition d'une démence comparable à celle de ma malade. Les seuls désordres intellectuels qui paraissent être directement sous l'influence de pareilles destructions sont un changement du caractère, qui devient violent et emporté, ou bien, chez les prédisposés, l'apparition de psychoses variées, ainsi Welt (*Alienist and Neurologist*, Saint-Louis, avril 1890) n'a pas constaté d'autres troubles qu'un changement de caractère et d'humeur dans huit cas de lésions variées des lobes frontaux.

D'autre part, on sait l'importance qu'ont prise, dans l'anatomie pathologique des démences, les fibres tangentielles de l'écorce, qui ont été bien décrites pour la première fois par Exner (1881): il me suffira de citer les travaux de Tuczek, Zacher, Greppin, Friedmann, Kronthal, Chaslin, Fischl, Cramer, Emminghaus, Targowla et Kéraval, pour justifier cette assertion.

Il me semble donc absolument légitime de placer dans le cas actuel la dégénérescence si étendue de ces fibres, que j'ai décrite plus haut, au premier rang parmi les lésions qui ont amené une démence si rapide et si profonde.

Dans le cas de tumeur avec compression du cerveau que j'ai publié l'an dernier à la Société médicale des hôpitaux, j'ai montré l'existence de cette lésion, j'ai cru devoir la rattacher à la compression et j'ai insisté sur son rôle dans la production de la démence. L'observation qui précède confirme absolument ces vues; c'est un second cas de dégénérescence corticale du cerveau sous l'influence de la compression et ici l'intensité plus grande de la lésion à la face supérieure des circonvolutions, c'est-à-dire au niveau des points où le cerveau appuie directement contre la boîte cranienne, montre bien la légiti-

mité de cette interprétation. Je crois donc pouvoir admettre que la compression agit en premier lieu sur les fibres d'Exner, pour en gêner le fonctionnement d'abord, puis pour les détruire, alors que les autres éléments de l'écorce ne semblent



Fig. 25. — Tumeur du cerveau vue sur une coupe horizontale. (*Soc. méd. des Hôp.*, 24 juin 1892.)

pas encore avoir souffert. D'ailleurs on conçoit fort bien *a priori* qu'il doive en être ainsi.

Un point remarquable est l'immunité relative dont paraît jouir la zone motrice, qui était l'endroit le moins atteint dans les deux cas que j'ai observés. Dans ces deux cas, en effet, la distribution de l'atrophie était exactement comparable, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en comparant les schémas ci-joints, qui appartiennent à ma première observation, avec la description des lésions dans le deuxième cas (*fig.* 25 à 31). Je

dois ajouter qu'à l'état normal, ainsi que je m'en suis assuré, la région motrice ne se distingue pas des autres par sa richesse plus grande en fibres tangentielles, elle possède seulement un plus grand nombre de fibres épaisses.



Fig. 26. — Tumeur du cerveau vue sur une coupe pratiquée suivant la ligne B B' de la *figure* 25. (*Loc. cit.*)

Le gliome neuro-formatif n'est pas une tumeur commune, à en juger par le petit nombre d'observations qui en ont été

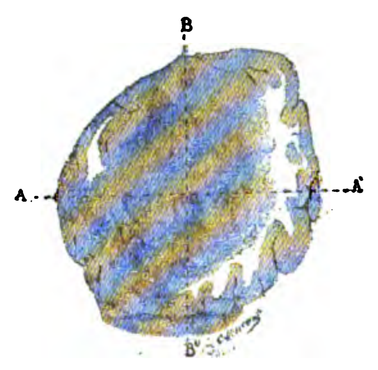


Fig. 27. — Tumeur du cerveau vue sur une coupe pratiquée suivant la ligne C C' des *figures* 25 et 26. (*Loc. cit.*)

données; et encore la plupart d'entre elles ont trait à des cas où la tératologie joue un grand rôle.

Virchow a décrit, sous le nom de *névromes centraux*, de

petites tumeurs de substance grise, ordinairement multiples, dont le volume varie depuis celui d'une moitié de grain de

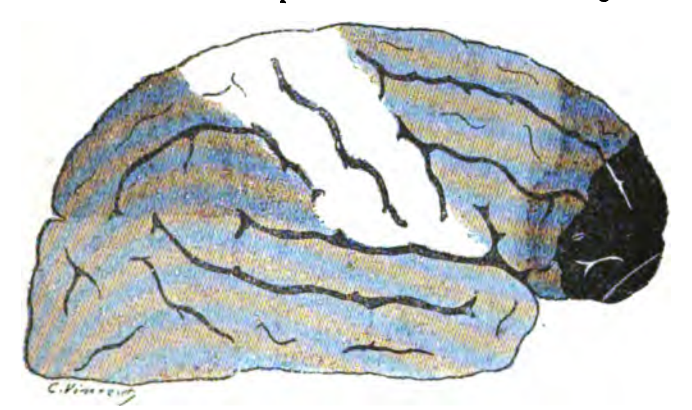


Fig. 28. — Schéma de la disposition de l'atrophie des fibres à myéline tangentielles de l'écorce dans l'hémisphère droit du cerveau représenté *fig.* 25, 26 et 27.

Les parties noires représentent les circonvolutions envahies par le néoplasme et complètement détruites au point de vue fonctionnel ; l'intensité de la teinte grise indique le degré de l'altération. (*Loc. cit.*)

chènevis jusqu'à celui d'une moitié de cerise, qui siègent sous

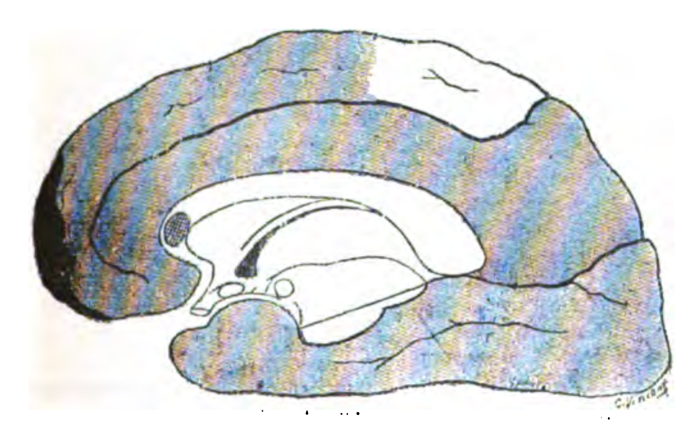


Fig. 29. — Schéma de la disposition de l'atrophie des fibres à myéline tangentielles de l'écorce de l'hémisphère droit. (*Loc. cit.*)

l'épendyme des ventricules chez des idiots ou des aliénés. Ces

petites tumeurs renferment quelquefois une traînée blanche à leur centre, présentant ainsi une grande analogie avec les

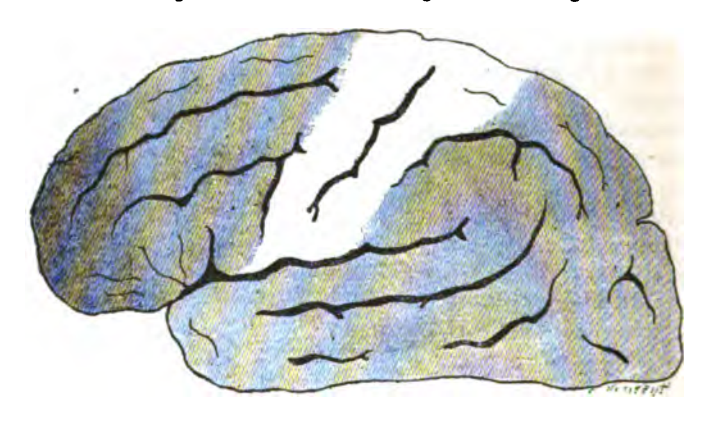


Fig. 30. — Schéma de la disposition des fibres à myéline tangentielles de l'écorce de l'hémisphère gauche. (*Loc. cit.*)

circonvolutions de l'écorce; elles coïncident souvent avec des îlots de substance grise dans l'épaisseur des lobes cérébraux,

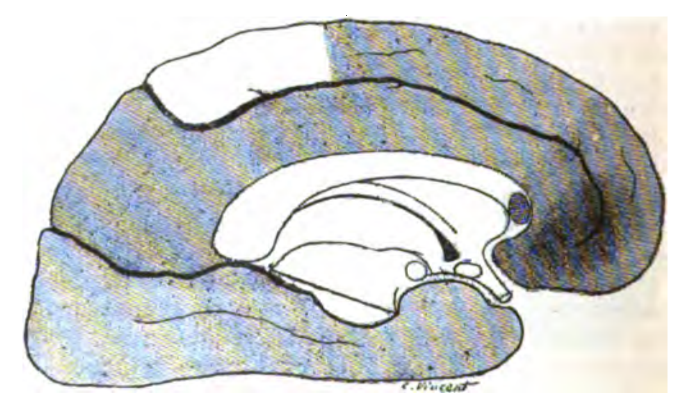


Fig. 31. — Schéma de la disposition de l'atrophie des fibres à myéline tangentielles de l'écorce de l'hémisphère gauche. (*Loc cit.*)

sans connexions avec l'écorce. Tüngel, Meschede ont décrit des productions analogues. Ce sont des formes manifestement congénitales, qui coïncident souvent avec d'autres anomalies ;

néanmoins il n'est pas impossible qu'elles ne subissent à un moment donné une augmentation de volume et qu'elles ne soient le point de départ de véritables tumeurs.

C'est probablement là l'origine des deux tumeurs que Lancereaux a décrites dans le cerveau d'une femme « dont l'esprit passait pour être singulier et bizarre ». (Note sur deux tumeurs formées d'éléments cellulaires ayant la plupart des caractères de cellules nerveuses, *Arch. de Phys.*, 1869.) Sur les derniers temps de sa vie seulement cette femme avait présenté des signes de tumeur, mais la duplicité des formations néoplasiques et l'existence de tares mentales laissent supposer avec beaucoup de vraisemblance que ces tumeurs avaient pour origine des névromes centraux, tels que Virchow les a décrits.

Dans le cas de Hayem (Note sur un cas de névrome médullaire ou cérébrome développé dans l'épaisseur du cerveau, *Soc. de Biol.*, 1864), la tumeur avait toute l'apparence d'un tératome; elle était formée de cellules à la périphérie, de fibres au centre, présentait à sa surface des rudiments de circonvolutions et était entourée d'une fine membrane conjonctive qui permettait la décortication; il s'agissait évidemment d'une inclusion remontant à la période embryonnaire.

Lesage et Legrand ont décrit avec beaucoup de soin une tumeur qui, au point de vue histologique, ressemblait beaucoup à la mienne (*Arch. de Phys.*, 1888), mais elle était congénitale et s'était développée à la base du nez, aux dépens sans doute d'un pincement de l'écorce cérébrale; elle n'avait d'ailleurs plus aucun rapport avec l'encéphale au moment de la naissance. C'est probablement à cette catégorie de faits que se rapportent certains encéphalocèles et certaines tumeurs coccygiennes liés au spina bifida, qui contiennent des cellules ganglionnaires.

On voit par ces quelques faits que les parcelles aberrantes de tissu nerveux, qu'elles restent dans les centres ou qu'elles s'en séparent, ont une certaine tendance à proliférer pour donner naissance à des néoplasmes faits sur le type de la tumeur qui nous occupe. Il y a là quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans les kystes dermoïdes qui subissent la dégénérescence épithéliomateuse. Mais telle ne me paraît pas être l'origine de la tumeur que je viens de décrire; ses connexions avec l'écorce cérébrale, qu'elle envahit de proche en proche, son développement chez une femme qui n'avait présenté jusqu'alors aucune anomalie psychique, me portent à croire qu'il

s'agit d'une tumeur primitivement développée aux dépens de l'écorce de l'ourlet et non pas d'une tumeur secondaire à une malformation fœtale.

Dans cette catégorie de faits il n'existe, à ma connaissance, que l'observation ancienne de Wagner (*Arch. f. Heilk.*, 1851), celle plus récente de Lemecke (*Langenbeck's Arch.*, XXVI) et enfin celle de Renaut (Note sur le gliome neuro-formatif et l'équivalence nerveuse de la névroglie, *Gaz. méd.*, 1884), qui est la seule indiscutable.

Les tumeurs développées aux dépens des cellules formatives des tissus nerveux peuvent donc reproduire les deux espèces d'éléments qui caractérisent ce tissu à l'état adulte : les cellules névrogliques, avec les fibres qui en dérivent, et les cellules ganglionnaires, avec les cylindres d'axe qu'elles émettent. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il se forme simplement de la névroglie; tantôt, mais c'est l'exception, les neuroblastes néoplasiques ont une vitalité suffisante pour acquérir la différenciation supérieure qui caractérise les cellules nerveuses.

Dans un mémoire précédent je me suis efforcé de montrer que certaines syringomyélies sont sous la dépendance de gliomes, qui diffèrent de ceux du cerveau par l'exubérance des fibres névrogliques (gliomes fibrillaires), mais qui ont exactement la même origine.

On voit quelle variété d'aspects les tumeurs issues du tissu nerveux peuvent revêtir; elles ont pourtant toutes une parenté indéniable, car elles dérivent d'un même élément embryonnaire, le neuroblaste qui provient lui-même de l'ectoderme. D'ailleurs la preuve directe de cette parenté peut être trouvée dans certaines de ces tumeurs qui contiennent, en plus ou moins grand nombre, des éléments reproduisant plus ou moins parfaitement les éléments caractéristiques des autres formes. Ainsi, dans le cas actuel, le tissu est mi-partie gliomateux, mi-partie ganglionnaire; ainsi encore la syringomyélie à laquelle je viens de faire allusion contenait des points purement gliomateux et de plus, fait important, des cellules disséminées d'une nature toute particulière; ces cellules arrondies, ou munies d'un court prolongement, à protoplasma trouble et avide de carmin, à noyau volumineux, reproduisaient exactement les formes intermédiaires entre les neuroblastes et les cellules nerveuses, formes qui sont si abondantes dans la tumeur qui fait l'objet du présent travail.

ASILES D'ALIÉNÉS.

NOTICE SUR L'ASILE D'ALIÉNÉS DE LA ROCHE-SUR-YON;
Par le D[r] CULLERRE.

I. — En 1841, trois ans après le vote de la loi sur les aliénés, quelques-uns des fous de la Vendée étaient disséminés dans divers hospices du département, mais le plus grand nombre était recueilli par l'hospice de Fontenay-le-Comte. Voici, d'après la communication orale de Ferrus au conseil général de ce département, comment ils y étaient soignés.

« Les aliénés de Fontenay subissent un traitement tout à fait opposé à celui qu'on doit suivre; ils sont tenus avec une malpropreté repoussante et invétérée. On dirait qu'on les réunit là, non pas pour essayer leur guérison et adoucir leur sort, mais seulement pour les emprisonner; cependant la condition des hommes est moins dure sous le rapport de la liberté que celle des femmes. Les aliénés ne sont point catégorisés, ce qui est un obstacle à l'amélioration de leur situation mentale. Le service du médecin est très mal organisé, il n'y a point de cahier de visite, point de bains, point de surveillance, les sœurs de l'hospice règlent tout, et, quoiqu'elles soient des modèles de patience, de douceur, pour toutes les autres souffrances de l'humanité elles n'ont pas la même abnégation pour ce genre d'infirmité qui ne peut respecter aucune convenance. Enfin, on doit dire qu'il n'y a pas de service d'aliénés à Fontenay: cet état de choses appelle une prompte réforme. »

La seule mesure prise tout d'abord pour remédier à ce triste état de choses fut (20 janvier 1843), la nomination du D[r] Dagron comme médecin préposé responsable du quartier d'aliénés de Fontenay. Ce praticien s'efforça d'apporter quelque adoucissement au sort de ses malheureux malades, mais il trouva dans la commission administrative une opposition presque invincible.

Cette même année, malgré ses réclamations, il ne pouvait obtenir de cette administration de la literie et du linge pour les aliénés. Le département qui pourtant payait leur pension à l'hospice de Fontenay, fut obligé de prendre cette dépense à sa charge, et pour obtenir l'augmentation du nombre des infirmiers, l'amélioration de la nourriture, une vêture d'hiver et d'été convenables pour chaque aliéné, il augmenta le prix de journée qui fut porté à 0 fr. 82 par jour. Un moment il avait songé à évacuer une partie de ses

malades sur l'asile Saint-Jacques de Nantes, bien que leur nombre ne dépassât pas 90 en moyenne.

Cependant, ces améliorations étant reconnues insuffisantes, il fallut se résoudre à la création d'un asile. En 1845, le conseil général décide qu'un établissement d'aliénés serait fondé dans le département de la Vendée, et par la loi du 3 juillet 1846, il est autorisé à emprunter la somme nécessaire à cette fondation.

« Le projet relatif à cet établissement, disait le préfet dans la session de la même année, a été approuvé par M. le ministre de l'Intérieur, le 24 août 1846; la dépense totale en est fixée à 320,000 francs, y compris les honoraires de l'architecte.

« Le terrain que j'ai jugé le plus convenable pour la construction de cet important établissement, se trouve situé au lieu dit la Dalle de la Grimaudière, à environ deux kilomètres de la ville de Bourbon-Vendée. Ce terrain est sec, élevé, éloigné de toute espèce d'agglomération d'habitants, à l'abri des exhalaisons insalubres et du bruit; une source précieuse y existe: dans mon opinion, il réunit toutes les conditions désirables pour un tel établissement. »

Le projet de construction d'un asile d'aliénés avait soulevé la plus vive opposition de la part de la commission administrative de l'hospice de Fontenay et du conseil municipal de la même ville; deux délibérations de ces corps constitués, en date des 17 et 24 décembre 1845, avaient été adressées à M. le ministre de l'Intérieur. Mais il n'en fut pas tenu compte, et l'on passa à l'exécution. La ferme de la Grimaudière fut achetée moyennant le prix de 50,000 fr. et l'adjudication des travaux fut faite le 23 janvier 1847.

Les travaux furent commencés, mais avec une sage lenteur. Les fonds ne furent mis à la disposition de l'architecte que par sommes peu importantes. Bientôt on s'effraie de la dépense, une reculade s'opère, et en 1849 le conseil général ne veut plus de l'asile, et nomme une commission pour chercher à quoi on pourrait bien utiliser les bâtiments en voie de construction.

« Une autre destination de l'hospice des aliénés est-elle avantageuse pour le département? vient dire le rapporteur.

« Votre commission, à l'unanimité moins une voix a décidé cette question en répondant : oui.

« Les dépenses de ces constructions sont déjà fort élevées, et il est impossible de prévoir à quel chiffre on devra s'arrêter. Après la construction achevée viendra la question d'entretien et le rapport de M. le Préfet de la Loire-Inférieure vient nous apprendre que le chiffre d'entretien à l'hospice de Saint-Jacques, pour chaque aliéné s'élève à 5 francs par jour. Pensez-vous qu'à Napoléon la dépense sera moindre? Votre commission ne l'a pas pensé. Elle a vu dans ce chiffre un avertissement dont elle veut faire profiter le département de la Vendée. »

En ferait-on une ferme régionale d'agriculture, ou y transfére-

rait-on l'hôpital départemental de Bourbon-Vendée, dont les constructions menaçaient ruine? Ce dernier avis était celui de la commission, et par 19 voix contre 4, le conseil décida en principe que l'hôpital de Bourbon-Vendée serait transporté dans les bâtiments de la Grimaudière. Les aliénés resteraient à Fontenay. Ce projet bizarre fut enfin abandonné, et l'on en revint à celui de l'asile d'aliénés qui fut inauguré le 1er janvier 1853, avec 127 malades des deux sexes.

II. — L'asile de la Grimaudière, construit sur un plateau formé de schistes argileux et micacés, au pied duquel coule la rivière d'Yon, est entouré d'un domaine d'environ trente hectares. Il se compose au moment de son inauguration de deux corps de bâtiments principaux à rez-de-chaussée surmonté d'un étage disposés sur une seule ligne s'étendant du N.-O. au S.-E. et séparés par une cour au centre de laquelle, perpendiculairement aux précédents, s'étend d'avant en arrière un troisième corps de bâtiment où sont établis les bureaux, les logements du directeur-médecin[1] et des sœurs, la cuisine, la chapelle, la lingerie et le vestiaire.

Chacun des deux grands pavillons est divisé intérieurement en quatre sections de classement ayant chacune une salle de réunion un dortoir et un préau séparés. Un vaste couloir dessert au rez-de-chaussée et au premier ces divers services.

Deux ailes se détachent en avant de la partie centrale des deux grands pavillons : le rez-de-chaussée y est occupé par le service des bains, qui comprend pour chaque sexe sept baignoires et une salle d'hydrothérapie[2], et le premier par l'Infirmerie.

Enfin, quatre petits pavillons isolés, à simple rez-de-chaussée, flanquent deux par deux chacune des ailes dont nous venons de parler et sont affectés aux aliénés malpropres et aux agités de chaque sexe. Chaque pavillon de malpropres se compose d'un dortoir et d'une petite salle de réunion et chaque pavillon d'agités de six cellules seulement disposées de chaque côté d'un couloir.

Tel était l'asile en 1857, époque où fut établi le règlement officiel qui fixe ainsi le nombre des places : deux cents pour les malades du régime commun et trente pour les pensionnaires. Reculant toujours devant la dépense qu'entraînait l'achèvement de l'asile, on avait ajourné la construction des pensionnats, et on avait aménagé une des sections de chacun des grands pavillons pour y installer les malades payants.

En dépit du règlement, les deux cent trente places n'existaient

[1] Depuis l'année 1892, le directeur-médecin habite un pavillon séparé, situé en dehors de l'établissement.

[2] Primitivement le service des bains ne comprenait que six baignoires pour chaque sexe. Il a été augmenté récemment d'une baignoire et d'une salle d'hydrothérapie pour chaque division (1882-85).

pas réellement à cette époque, car le ministre de l'Intérieur, pour pousser à la construction des pavillons de pensionnaires écrivait : « Les pavillons qui seront alors créés permettront d'isoler davantage les aliénés pensionnaires des indigents et les locaux que ce déplacement laissera libres dans les bâtiments actuels pourront être affectés à cette dernière catégorie de malades. *Les infirmeries qui faute de place, servent aujourd'hui à un double service reprendront le caractère spécial qu'elles doivent avoir.*

Les pensionnats commencés en 1860 ne furent achevés qu'en 1863. Ils formèrent deux pavillons situés à l'extrémité de chacun des grands pavillons du régime commun, dont ils ne sont séparés que par une galerie fermée; donnant chacun vingt places, ils portaient à deux cent soixante-dix le nombre de places règlementaires que contenait l'asile.

Entre temps, diverses défectuosités apparaissaient, les lieux d'aisances consistant en fosses fixes annexées aux bâtiments d'habitation, faisaient pour ainsi dire partie des sections, de sorte que les effluves qui s'en exhalaient infectaient les salles de réunion et les dortoirs. On crut même s'apercevoir que les infiltrations menaçaient de corrompre l'eau des sources et des puits. Aussi en 1859, les fosses furent-elles condamnées et remplacées par des tinettes mobiles. En 1866, les cabinets furent reportés à l'extrémité des préaux et reliés aux bâtiments par une galerie couverte. Le système des tinettes mobiles avec vidange quotidienne fut conservé, et il subsiste encore à l'heure qu'il est successivement amélioré.

L'Asile possédait, sur le flanc du coteau où il est assis de fort belle sources, mais elles n'étaient guère utilisées que par la buanderie, faute de captage et d'une machine élévatoire. On consommait donc surtout l'eau de puits tant pour l'alimentation que pour le service des bains et de la cuisine. L'été, par suite de la diminution de rendement des puits on devait fréquemment suspendre l'administration des bains.

En 1870. un service d'eau complet fut commencé et terminé l'année suivante. Depuis cette époque l'eau est distribuée dans toutes les parties de l'établissement. Pour des motifs d'économie ce service n'a pas été installé avec l'ampleur désirable.

De cent vingt-sept en 1853, la population de l'Asile avait atteint en 1880 le chiffre de trois cent quatre-vingt deux. Les deux cent soixante-dix places réglementaires étaient comme on le voit, considérablement dépassées, et malgré de déplorables expédients comme la transformation en dortoirs des couloirs du 1er étage l'augmentation des lits dans les dortoirs, l'envahissement du pensionnat par les aliénés indigents, la place manquait de toutes parts il fallait en créer coûte que coûte. Alors, à chacun des petits pavillons cellulaires s'élevant en dehors des ailes centrales fut accolé un pavillon avec étage donnant 20 places chacun. C'était insuffisant,

puisque le nombre des places réglementaires n'était ainsi porté qu'à 310, pour 382 malades. Aussi les installations défectueuses et l'encombrement continuèrent à subsister.

En 1885 le nombre des aliénés dépassait 400. On se trouvait de nouveau acculé à la nécessité de reprendre les agrandissements.

Les petits pavillons consacrés aux malpropres, et où l'hygiène était outragée au point que chaque lit n'avait que 14 mètres cubes d'air à sa disposition, furent désaffectés, remis à neuf, et transformés en dortoirs de valides après qu'on eut construit aux deux extrémités de l'asile deux nouveaux pavillons de malpropres contenant chacun 20 places et installés dans des conditions absolument satisfaisantes au point de vue de l'hygiène et du bien-être des malades[1].

Depuis cette époque, les améliorations et les agrandissements ont été poursuivis avec activité. En 1888, on a construit une ferme en dehors et à distance de l'Asile, et les bâtiments, précédemment occupés dans l'intérieur de l'établissement par les animaux et l'exploitation agricole, ont été transformés en ateliers (forge, menuiserie, tissage, saboterie).

En 1891 et 1892, ont été édifiés deux pavillons destinés aux enfants idiots et épileptiques des deux sexes. Ils sont déjà occupés par 26 malades (13 garçons et 13 filles).

Actuellement, en 1893, bien que le nombre réglementaire des places ne soit que de 392, l'asile de la Grimaudière contient 460 aliénés. Tel est le flot ascendant de la population indigente de l'Asile, dû, non à un plus grand nombre d'admissions d'année en année, mais à l'accumulation qui résulte du défaut d'équilibre entre les extinctions et les admissions, qu'il faut songer à de nouveaux agrandissements. Dans sa sesssion d'avril 1893, le conseil général a décidé la construction de deux pavillons de tranquilles devant donner 114 places. En même temps, il a voté la réfection complète de la buanderie, le captage complet des sources et l'achat d'une machine à vapeur capable de fournir à la fois l'eau et la lumière électrique nécessaires à l'établissement.

La population masculine dépasse d'environ trente têtes la population féminine, ce qui fait que c'est surtout dans la division des hommes que le trop-plein se fait sentir.

La surveillance de la division des femmes et les services généraux occupent treize religieuses et vingt filles de service. Des treize religieuses, cinq seulement sont affectées à la surveillance des malades; les autres sont employées à la cuisine, à la buanderie, à la lingerie et au vestiaire.

La surveillance des hommes est confiée à un surveillant-chef et à dix-huit infirmiers. Il y a en outre huit préposés employés aux

[1] A l'heure actuelle la valeur des bâtiments est de plus de 600,000 francs, le double de la dépense des premières constructions.

ateliers et aux travaux extérieurs, qui surveillent et dirigent les travaux des malades.

Le personnel médical se compose d'un médecin qui remplit en même temps les fonctions de directeur et d'un interne.

TABLEAU DES VARIATIONS DU NOMBRE DES ALIÉNÉS INDIGENTS DE LA VENDÉE

(*Population du 1er janvier de chaque année*)

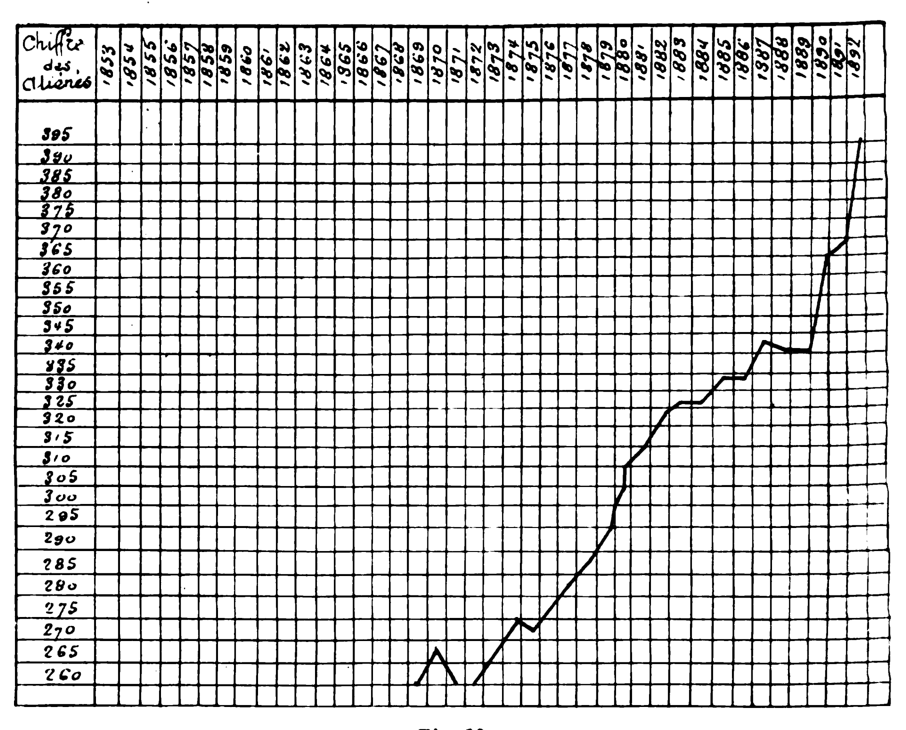


Fig. 32.

III. — Malgré l'encombrement très réel qui existe à l'asile de la Grimaudière, les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent ses habitants ne sont pas aussi fâcheuses qu'on pourrait le supposer. La mortalité y est très faible, et ne dépasse pas, comme moyenne, six à sept pour cent du nombre des malades traités pendant l'année.

En dehors de quelques cas de tuberculose, maladie commune chez les aliénés appartenant aux diverses variétés de la dégénérescence, on n'y constate aucune espèce de maladies cachectiques,

ni scorbut, ni entérites chroniques, ni pseudo-pellagre. Chez les paralytiques et les grabataires, les escharres sont à peu près inconnues. Les maladies accidentelles sont très peu nombreuses, et sont toutes de cause saisonnière.

TABLEAU DES VARIATIONS DU NOMBRE DES ALIÉNÉS INDIGENTS DE LA VENDÉE

(Population du 1er janvier de chaque année)

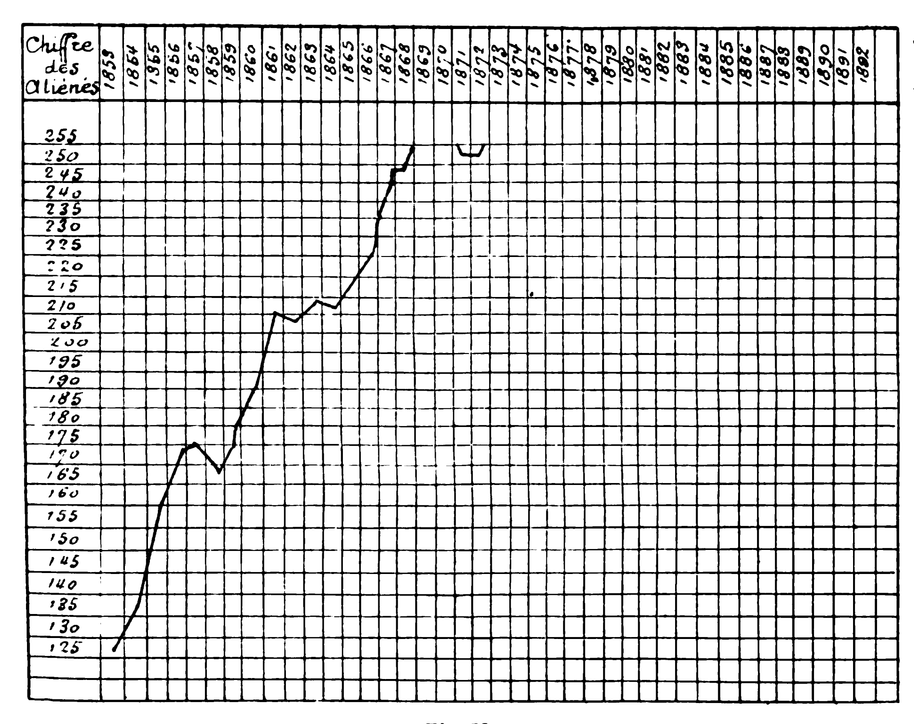


Fig. 33.

Ces heureux résultats me semblent dus à plusieurs causes. La situation de l'établissement, placé sur une hauteur, isolé en pleine campagne, continuellement balayé par les vents, entouré d'une végétation luxuriante, y contribue dans une certaine mesure.

Il en est de même de l'organisation du travail, qui fait qu'un grand nombre de malades, vivent au grand air ou éloignés de leurs sections : les hommes aux champs, dans les jardins, les femmes à la buanderie, au lavoir, à la légumerie et dans les services généraux.

Joignons-y la propreté scrupuleuse des locaux, de la literie, du linge et des vêtements, et la profusion avec laquelle les bains sont administrés à tous les malades.

Enfin, le régime alimentaire, sans être bien riche, est institué de façon à ce que les aliénés en tirent le meilleur parti possible. Chaque semaine ils reçoivent :

	Hommes.	Femmes.
Pain.	5 k, 250	4 k, 200
Vin	1 lit, 75	1 lit, 40
Viande de boucherie. . .	0 k, 755	0 k, 600
Viande de porc	0 k, 225	0 k, 225
Poisson frais de mer. . .	0 k, 200	0 k, 200
Légumes frais.	3 k, 400	3 k, 400

Ou leur équivalent en légumes secs.

La viande est ainsi distribuée : quatre repas de bœuf, un repas de veau, un repas de mouton et deux repas de porc. Elle est toujours additionnée d'une demi-ration de légumes. Au point de vue nutritif, le repas de poisson frais peut être assimilé à un repas de viande. Il ne reste donc que cinq repas par semaine où les malades font maigre[1] et encore l'un de ces derniers est-il souvent composé d'œufs.

Grâce à une culture maraîchère établie sur de larges bases, les légumes frais sont abondants et d'une très grande variété. Ils ne comprennent pas seulement les gros légumes : choux, pommes de terre, salades, etc., mais encore les artichauts, les choux-fleurs, les petits pois, les haricots verts, le céleri, et les fruits tels que les fraises, les prunes et les pommes. Le laitage entre aussi une fois par semaine dans l'alimentation.

Tout modeste qu'il est, ce régime, par son absolue variété, contribue certainement à établir le bon état de santé des habitants de l'Asile. Il paraîtra même luxueux, si l'on veut bien considérer que le prix de journée des aliénés indigents est de 0 fr. 90 et qu'avec quelques minces bonis opérés sur les pensionnaires il suffit à couvrir toutes les dépenses. Donnons la clef de cette énigme : les frais généraux sont excessivement faibles [2], eu égard à la population traitée : les denrées sont à un prix très bas : le pain 0 fr. 25 le kilogr., la viande 1 franc, le poisson frais de mer 0 fr. 50, le vin 0 fr. 30, etc., et les produits de la culture viennent encore restreindre la dépense.

Mais la santé de l'Établissement n'a pas toujours été aussi satisfaisante et l'Asile a traversé, surtout dans les premières années, de

[1] Excepté pendant le carême, où les aliénés vendéens refuseraient pour la plupart la viande les jours où elle est interdite par l'Église.

[2] Le personnel d'administration et de surveillance, composé de soixante-quatre personnes, n'entraîne qu'une dépense totale de 32,000 francs.

lugubres périodes. Jusqu'en 1865, une épidémie de dysenterie s'abattit chaque automne sur l'Établissement, faisant de nombreuses victimes, frappant surtout les malades affaiblis, les non acclimatés, mais n'épargnant ni les plus robustes parmi les aliénés, ni le personnel administratif. Deux médecins-directeurs furent successivement atteints, ainsi que de nombreux employés ou surveillants. En 1858, année où *cent deux* aliénés sur moins de deux cents furent frappés, où vingt et un succombèrent, le médecin-directeur écrivait dans son rapport :

« La dysenterie, qui nous avait déjà visités en 1857, a envahi de nouveau l'établissement dans les derniers jours de septembre. Commencée le 20 septembre elle a atteint son summum dans la première quinzaine d'octobre et n'a cessé d'une manière définitive que le 15 décembre... Le personnel des préposés n'a pas eu de décès à déplorer quoique trois religieuses, six infirmières, le surveillant et quatre infirmiers aient été malades. Les bâtiments de l'administration, qui l'année dernière avaient été préservés, n'ont pas joui cette année de la même immunité. Plusieurs cas graves se sont en effet déclarés parmi les membres des familles de l'aumônier, du chef de culture et du concierge qui a perdu un de ses enfants. »

On s'évertue à trouver la cause de ce fléau; on la cherche dans un principe miasmatique, dans un contage, dans l'existence du poison palustre. Pendant qu'on se livre à ces recherches théoriques, le mal continue ses ravages. Ce n'est que quand on eut compris que ce n'était pas au génie épidémique qu'il fallait s'attaquer mais aux causes qui en favorisaient l'explosion, comme le refroidissement brusque de la température, l'insuffisance du régime alimentaire, des infractions trop grandes aux lois de l'hygiène, que le mal fut conjuré.

En effet, en 1866, le médecin-directeur annonçait dans son rapport que le régime avait été amélioré, que la ration de viande avait été divisée en demi-portions, de façon que les malades en tirassent le meilleur parti possible, que le vin rouge était substitué au vin blanc et la ration portée de 15 à 25 centilitres; que la vêture avait été améliorée, les lieux d'aisances éloignés des habitations et assainis, les désinfectants employés sur une large échelle.

A partir de cette époque, la dysenterie cesse de se montrer à l'état épidémique (sauf en 1878). Comme elle existe dans la région à l'état endémique, elle n'est pas supprimée, bien entendu, mais ne se manifeste plus chaque automne que par quelques cas isolés; beaucoup d'années sont même absolument indemnes. Depuis 1879, il n'est mort que deux malades de la dysenterie à l'Asile de la Roche-sur-Yon.

En même temps que la dysenterie, on voyait sévir l'entérite chronique ; cette *maladie de misère* a également disparu ; et sa

disparition date, comme l'autre, de l'époque des améliorations hygiéniques.

Signalons, pour terminer, un point noir à notre horizon : jusqu'en 1870, la fièvre typhoïde était presque inconnue à l'Asile. Depuis cette époque on en voit tous les ans quelques cas; et on compte de ce chef deux ou trois décès par an. Pour nous, ainsi que

RAPPORT DU NOMBRE DES DÉCÈS AU NOMBRE DE LA POPULATION TRAITÉE

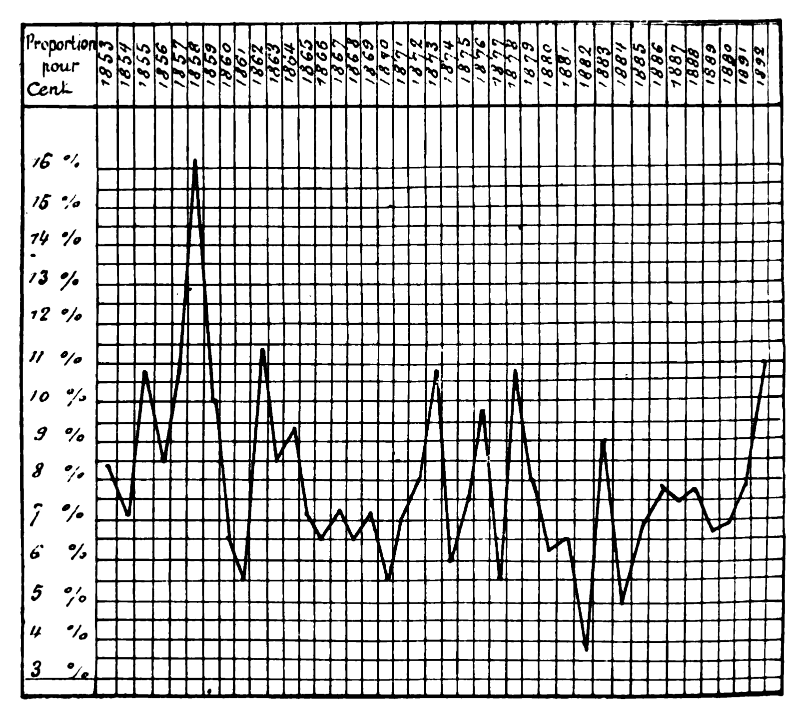
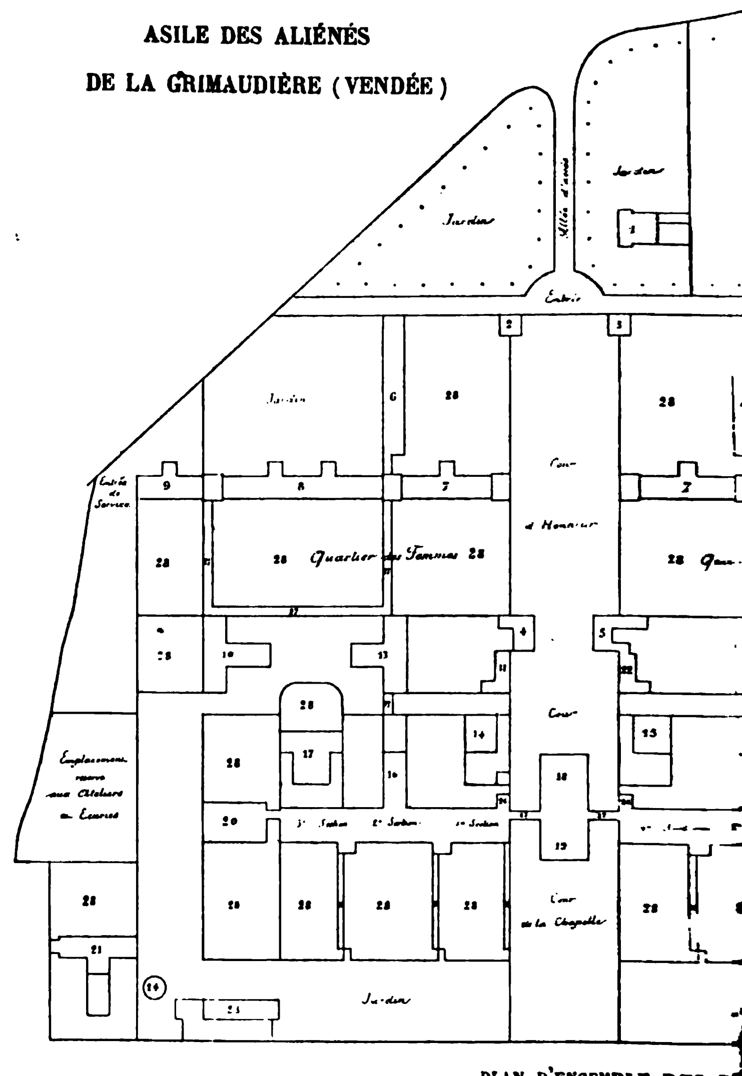


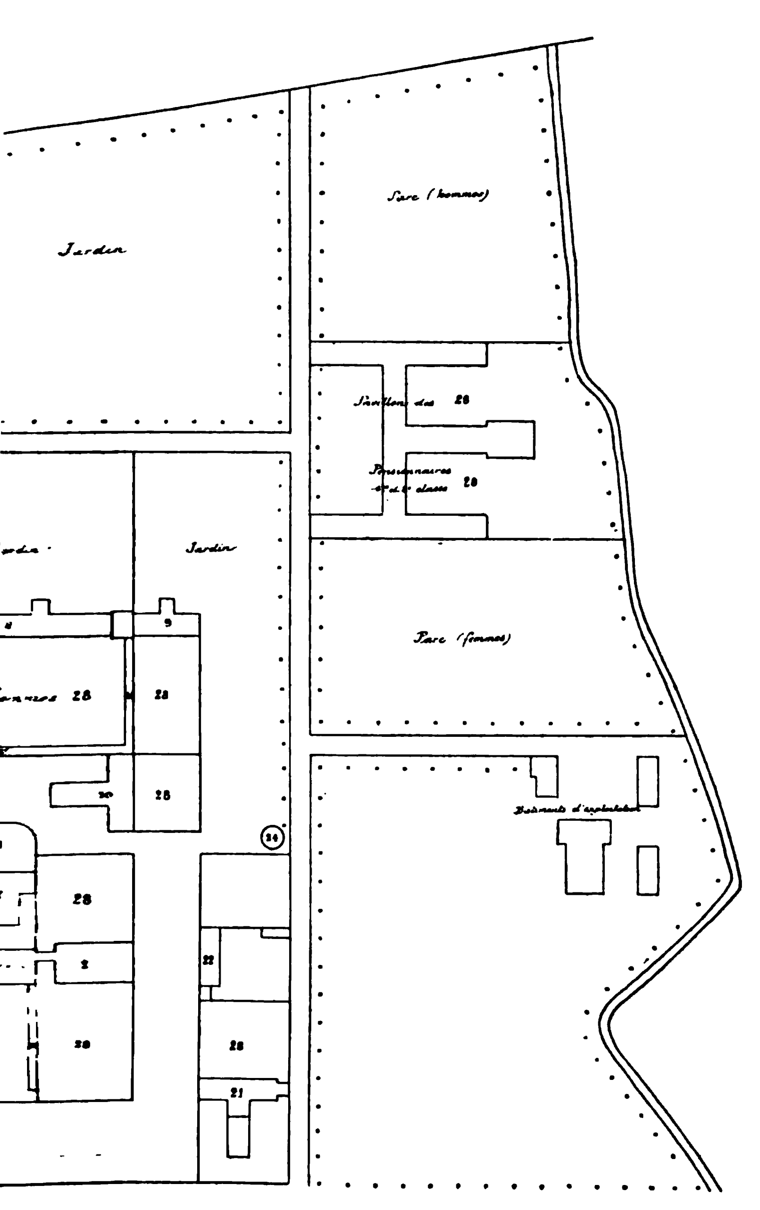
Fig. 34.

nous l'avons signalé dans nos rapports officiels, nul doute que l'encombrement ne soit pour une certaine part dans la multiplication de cette maladie.

IV. — Les diverses régions du département fournissent des aliénés à l'Asile suivant une proportion inégale. Si l'on dresse une liste des cantons par leur rang d'importance au point de vue de la population d'aliénés qu'ils envoient à l'Asile, on constate, sauf de rares exceptions, que les cantons du *Bocage* tiennent la tête, que

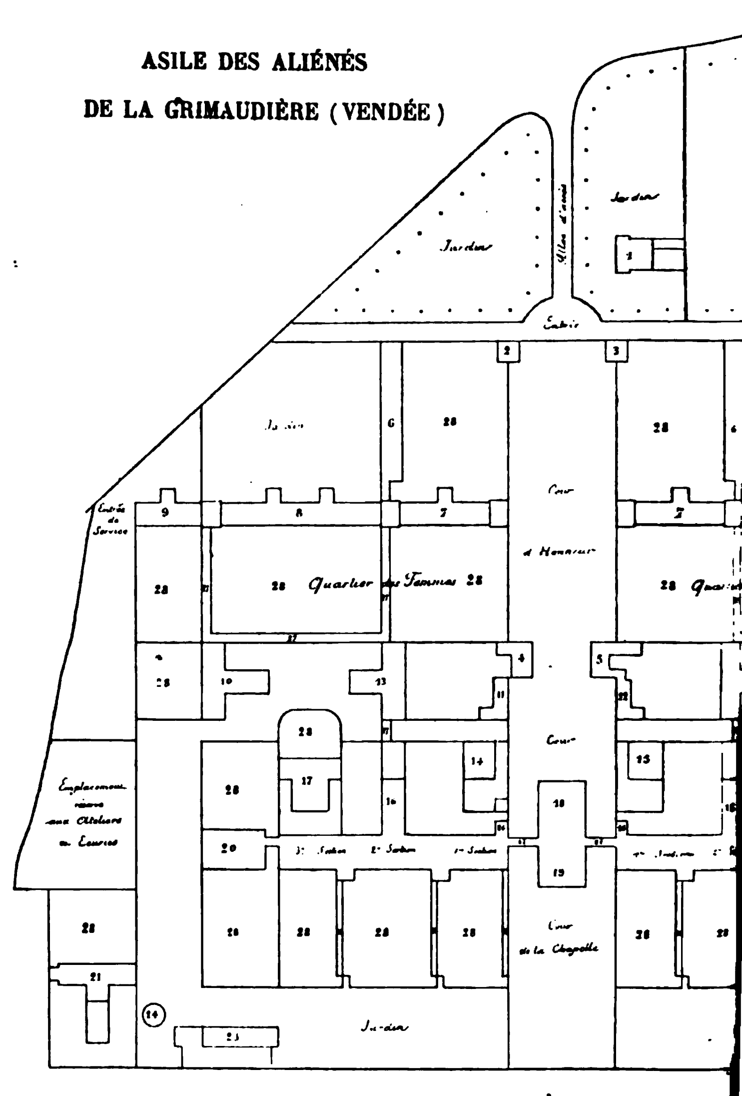


PLAN D'ENSEMBLE DES B

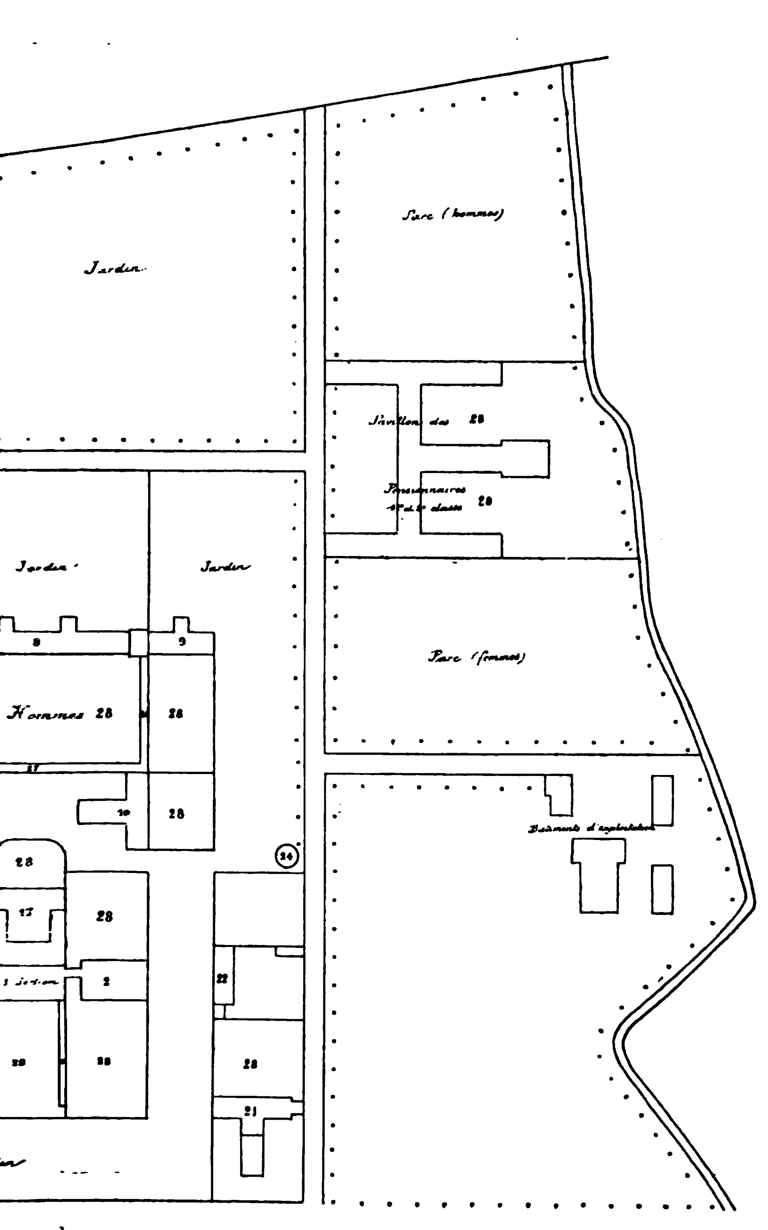


PRÈS SON AGRANDISSEMENT

ASILE DES ALIÉNÉS
DE LA GRIMAUDIÈRE (VENDÉE)



PLAN D'ENSEMBLE DES BAT



APRÈS SON AGRANDISSEMENT

ceux de la *plaine* occupent un rang intermédiaire et que ceux du *marais*, du moins en partie viennent les derniers, ce qui revient à dire que le Bocage produit, toutes choses égales d'ailleurs, plus d'aliénés que les autres régions. J'ai montré dans un travail précédent [1] que la cause de ce phénomène devait être attribuée surtout à l'infériorité du Bocage au point de vue climatologique, ethnologique, intellectuel et hygiénique. De plus, le rôle de l'hérédité morbide y est d'une importance capitale. On trouve, principalement en Bocage, de véritables foyers de dégénérescences psycho-cérébrales que l'on doit attribuer à l'hérédité, dont l'action est aggravée par des unions trop rapprochées, trop *en dedans*.

Les diverses formes de l'aliénation mentale dont sont atteints les individus envoyés à l'Établissement se présentent dans les proportions suivantes, qui sont basées sur les admissions d'un grand nombre d'années.

Folies simples	75	p. 100 environ.
Paralysies générales	5	—
Démences organiques.	5	—
Epilepsies avec aliénation. . . .	7	—
Idiotie et imbécillité	8	—

Les idiots et imbéciles, les épileptiques et les déments ordinaires ne sont guère admis que lorsqu'ils sont devenus dangereux ou qu'ils sont abandonnés par leurs familles.

La rareté de la paralysie générale doit être mise sur le compte du milieu. La population agricole échappe presque absolument à cette maladie, et les paralytiques que l'on reçoit à l'Asile sont : 1° d'anciens militaires, principalement ceux qui ont séjourné dans les colonies ou les pays tropicaux; 2° des filles de mauvaises mœurs qui bien souvent ne sont même pas originaires du département; 3° des individus à hérédité congestive. C'est ainsi qu'à plus de trente ans d'intervalle, le père et le fils ont été admis, atteints tous les deux de paralysie générale.

Parmi les folies simples autrefois les formes maniaques prédominaient : Aujourd'hui ce sont plutôt les formes mélancoliques; mais qu'il s'accompagne d'excitation ou de dépression, il est rare que le délire n'emprunte pas au terroir quelques caractères spéciaux, comme la peur des sorciers, des sorts, du démon; il revêt parfois une physionomie archaïque très nette, démonomaniaque, théomaniaque, mystico-religieuse. C'est un spectacle étrange et qui rappelle les épidémies religieuses du moyen âge qu'une malheureuse paysanne en proie à l'excitation maniaque, prêchant des journées entières sur un ton qu'elle emprunte au pasteur de sa paroisse, et comme

[1] A. CULLERRE. Des Dégénérescences psycho-cérébrales dans les milieux ruraux. (*Annales médico-psychologiques*, 1884).

jadis les démonopathes, improvisant des prières, récitant des passages des Écritures, apostrophant les impies, et débitant des sermons incohérents sur un ton plein de force.

Une hystérique extatique qui est encore à l'Asile en ce moment, se faisait, avant son entrée, administrer *des secours*, comme une convulsionnaire de Saint-Médard; dans ses crises hystériformes, elle éprouvait de telles souffrances dans les parties sexuelles et le flanc gauche, qu'elle ne pouvait être soulagée que par l'application sur la partie malade des *coins de fer* qui servaient à son père pour fendre le bois.

L'observation de certaines malades a ainsi une saveur archaïque toute spéciale, et les visions, les extases, les possessions y jouent un rôle caractéristique. En cas de possession démoniaque, on assiste à un véritable dédoublement de la personnalité. « Hélas, monsieur, je ne puis plus prier le bon Dieu ! » me disait l'une sur un ton de désespoir, et aussitôt elle s'écriait avec un accent de fureur des plus prononcés : « Non, tu ne le prieras pas, ton vieux maq... de bon Dieu ! » Et le dialogue entre la malade et le diable qu'elle croyait en elle continuait ainsi des heures entières, avec les plus étranges péripéties, les contorsions les plus bizarres.

L'érotisme lui-même revêt la forme démoniaque, et les succubes ne sont pas rares parmi les femmes aliénées.

Les guérisons comptent en général pour un peu plus d'un quart des admissions; et l'on peut estimer qu'en éliminant les cas de *folie simple* déjà arrivés à la période de démence, on renvoie guéris la moitié des autres.

Parmi les causes de folie, la plus puissante est l'hérédité. J'ai, depuis douze ans, constamment trouvé la prédisposition héréditaire dans la proportion de 60 p. 100. Puis viennent la religion mal entendue, les chagrins domestiques, la ménopause, les divers états puerpéraux et enfin les excès alcooliques : nous nous arrêterons un instant sur cette dernière cause.

La proportion des individus admis annuellement pour cause d'aliénation due aux excès alcooliques est en moyenne, depuis la fondation de l'Asile, de 15 p. 100. Il résulte de mes recherches statistiques que dans le département de la Vendée, l'alcoolisme n'a fait aucun progrès réel depuis vingt-cinq ans. Ces résultats sont pleinement en harmonie avec l'opinion que je me suis faite personnellement à ce sujet depuis treize ans que je suis à la tête de l'Asile de la Roche-sur-Yon. La cause en est que, jusqu'à présent, les conditions économiques du pays, au point de vue du commerce des boissons, n'ont subi aucune modification importante.

La boisson généralement usitée, celle qui est préférée par les buveurs, est un vin blanc récolté dans le pays même, où jusqu'ici le phylloxera n'a fait que peu de ravages, quoiqu'il soit signalé sur de nombreux points.

Le vin blanc récolté en quantité assez considérable en Vendée est âpre, d'une acidité extraordinaire; il faut un certain courage pour le boire quand on n'y est pas habitué; mais les indigènes en font leurs délices. Son degré alcoolique est en moyenne de 6 à 7 p. 100, 8 dans les bonnes années et pour les vins de choix. Le prix en est peu élevé, de sorte que le commerce n'a aucun intérêt sérieux à le frauder. Comme il ne voyage pas, il est entièrement consommé dans la région, et on n'éprouve pas la nécessité d'y ajouter des alcools d'industrie. Il est en définitive absorbé à l'état naturel. J'ai cependant ouï dire que la consommation des eaux-de-vie de commerce prenait, dans les cabarets, une extension de plus en plus grande, depuis quelques années.

En dépit de ces conditions relativement favorables, notre statistique montre que le nombre des individus que les excès de boisson conduisent à l'Asile d'aliénés est cependant considérable. Cela tient au tempérament, aux habitudes et au goût de la population vendéenne, qui est universellement portée aux excès de boisson.

Si le Vendéen est ivrogne, il devient toutefois rarement alcoolique au sens étroit du mot : 1° parce qu'il consomme surtout du vin, dont la nocuité est faible comparée aux boissons fabriquées avec les alcools d'industrie; 2° parce que ses excès sont ordinairement intermittents et restreints aux dimanches, fêtes, foires et marchés. Ces jours-là, tous boivent outre mesure; la plupart même s'enivrent abominablement, mais ces excès n'ont pas de lendemain, et le poison s'élimine rapidement, grâce à la sobriété des jours ouvrables.

Les alcooliques que nous recevons appartiennent à deux catégories : 1° *les alcooliques vrais*, présentant les signes cliniques de l'intoxication aiguë ou chronique (tremblements, délire spécifique, etc.); 2° les individus devenus aliénés par suite d'excès alcooliques avant que l'intoxication ne soit devenue complète. Ces derniers, en général prédisposés, n'offrent la plupart du temps aucun symptôme qui les distingue des aliénés ordinaires.

Les individus appartenant à la deuxième catégorie sont peut-être plus nombreux que ceux de la première. La proportion des uns et des autres est, faute de documents, impossible à établir.

Une remarque assez importante, que l'expérience m'a permis de faire, c'est que la population rurale proprement dite, celle qui se livre exclusivement aux travaux agricoles, fournit, bien que ses qualités de sobriété ne soient pas plus grandes, moins d'alcooliques que la classe des artisans. Ceux-ci, en effet, qui habitent au centre de la commune, et par conséquent dans le voisinage immédiat du cabaret, renouvellent leurs excès plus fréquemment et arrivent plus sûrement à dépasser la mesure de résistance de leur système nerveux et à s'intoxiquer d'une façon complète.

Comme exemple de ce fait je citerai le suivant. Depuis la fonda-

tion de l'Asile, la profession de *forgeron* a fourni quatorze admissions. Chez dix, soit 71 p. 100, les excès alcooliques ont été signalés comme cause déterminante de l'aliénation mentale. Ces dix cas se décomposent ainsi au point de vue nosologique :

Aliénation mentale de forme commune.	4	10 cas
Délire alcoolique simple ou compliquant une autre forme de folie.	5	
Démence paralytique.	1	

Je pourrais faire des remarques analogues à propos des charrons, des serruriers, des menuisiers, et autres artisans de campagne. A. CULLERRE.

Légende du plan de l'asile des aliénés de la Grimaudière (Vendée)

1. Habitation du directeur. — 2. Aide-médecin. — 3. Concierge-secrétaire de la direction. — 4. Économe. — 5. Aumônier. — 6. Infirmerie. — 7. Pavillon d'observation. — 8. Pavillon pour les tranquilles. — 9. Pavillon pour les épileptiques. — 10. Pavillon des malpropres. — 11. Internes. — 12. Pharmacie. — 13. Services généraux. — 14. Cuisines. — 15. Dépenses. — 16. Bains et douches. — 17. Pavillon des agités. — 18. Administration. — 19. Chapelle. — 20. Pensionnaires de 3e classe. — 21. Pavillon des enfants idiots. — 22. Boulangerie. — 23. Buanderie, lavoir, séchoir. — 24. Château-d'Eau. — 25. Service d'eau. — 26. Parloirs. — 27. Galeries. — 28. Préaux découverts.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XVI. SYNOSTOSE CRANIENNE CONGÉNITALE; par CALVERT. (*The Lancet*, 30 mai 1891.)

A la dernière assemblée de la Société clinique de Londres, à la date du 22 mai 1891, le Dr Calvert a montré un cas de *synostose cranienne congénitale* chez un enfant âgé de quinze semaines. La suture des os du crâne était très forte dans la région de la jonction des sutures coronales et sagittales.

Les cas de ce genre nous paraissent très rares. Si nous en jugeons d'après les crânes que nous avons recueillis à Bicêtre, il n'y aurait pas 5 cas pour 100 de synostose *partielle*. B.

XVII. APERÇUS SUR LA FOLIE SYSTÉMATIQUE (*paranoia*) AU POINT DE VUE CLINIQUE; par CL. NEISSER. (*Centralb. f. Nervenheilk.*, NFIII, 1892.

Paranoïa désigne la catégorie des malades qui ont des idées délirantes logiquement enchaînées, coordonnées, concurrentes et jouis-

sant de la plénitude de leur activité intellectuelle. Vient Griesinger qui la déclare toujours secondaire; elle serait, d'après lui, précédée d'une maladie de l'affectivité, de la sensibilité morale, le plus souvent d'une mélancolie; telle est sa *verrücktheit* qui dérive du développement et de la fixation des idées délirantes par l'affection préalable qui a affaibli l'intelligence, le jugement. Puis l'on reconnaît que la *verrücktheit* n'émane pas le moins du monde d'une mélancolie pure, et cependant beaucoup d'auteurs admettent que le développement des idées délirantes fixes prend racine à raison d'un affaiblissement intellectuel dans le domaine du raisonnement. Westphal dit : « l'essence même la *verrücktheit* c'est l'anomalie du mécanisme de la conception; qu'il y ait ou non délires sensoriels concomittants, ce mécanisme est faussé, et le nouveau système logique porte sur des conceptions morbides qui restent toujours les mêmes et ont le caractère général du délire des persécutions ou des grandeurs. » Il y a lieu de distinguer à ce sujet.

Il y a des cas (rares) dans lesquels, pendant des années, la seule manifestation morbide, c'est *un délire systématisé de persécution*. Le processus est d'ailleurs constitué non pas par *le texte du délire*, mais bien par la formation, la genèse, l'évolution du délire[1]; car, à côté d'idées réellement fixes, le délire, le système se transforme ou se perfectionne, s'étend, vit; ce qui demeure constant, c'est le *même vice dans le mécanisme de la pensée*. Le malade est tout, rapporte tout à lui (délire d'attention de Meynert ou mieux de relations personnelles).

En réalité, le système du délire est un phénomène secondaire produit par un travail psychique normal, tandis que l'*exagération des rapports du moi avec le monde extérieur* est un phénomène primitif, résultant de toutes pièces d'un trouble morbide, c'est là le symptôme cardinal de la paranoïa, cette *exagération de la personnalité* entretenant en certains cas seule le délire, et ne faisant défaut dans aucune observation de délire chronique. Elle émane évidemment de foyers circonscrits du bulbe qui provoquant des sensations hypochondriaques anormales éveillent au plus haut point le souvenir continu de la personnalité individuelle chez le patient et déterminent ainsi toute une série de conceptions morbides (Meynert, Wernicke). Voici les deux types principaux de *délire systématique chronique*.

A. — Cas qui comprennent aussi le délire chronique de Magnan. D'abord le seul symptôme est celui de l'exagération des relations du moi avec le monde extérieur. Plus tard se développe le cortège des autres symptômes, d'une façon progressive. Finalement démence.

[1] Voir la thèse de Dupain sur le *délire religieux*..

B. — Cas à deux stades.

Un stade de début, court, de quelques heures à quelques semaines ou mois; délire général très variable, très mobile, comprenant aussi tous les symptômes du stade ultérieur mais à l'état passager.— Graduellement arrive le stade de délire organisé, chronique, délire de persécutions avec *exagération des fonctions cosmiques du moi* et l'ensemble des accidents connus, qui tous sont localisables en des zones du cerveau dont on commence à soupçonner selon toutes probabilités les fonctions (lésions en foyers associées).

Maintenant M. Neisser insiste sur sa découverte de la *paranoïa aiguë*. Trois observations à l'appui offrant : 1° le stade initial (délire général) ; — 2° le symptôme particulier de l'exagération des rapports du moi ; — 3° d'autres éléments morbides appartenant à la paranoïa. P. Keraval.

XVIII. Des bases somatiques des psychoses aigues ; par Wagner. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, X, 2,3.)

Les psychoses aiguës postfébriles proviennent, du moins la chose est possible, d'une névrite des organes centraux. On peut également incriminer, dans l'espèce, les altérations vasculaires, si fréquentes dans la polynévrite périphérique, mais il faudrait qu'on les constatât régulièrement. Il en est, tout comme les névrites, de cause toxique (alcool, plomb, arsenic, toxine). Il est, en tout cas, certain, qu'il y a une psychose spéciale rattachée à la névrite multiloculaire, que dans les psychoses postfébriles, la névrite est fréquente, que la pellagre et l'ergotisme provoquent des psychoses. Peut-être y a-t-il aussi des psychoses aiguës par auto-intoxications ; nous tendrions à signaler comme tel le désordre dans les idées, hallucinatoire, aigu. P. K.

XIX. Contribution a la connaissance des psychoses du jeune age ; par Schœnthal. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIII, 3.)

Dix observations concernant l'enfance et la puberté, qui se décomposent en deux cas de chorée avec aliénation mentale (onze et treize ans ; guérison chez fillette et garçon). — Un cas de stupeur guéri chez un garçon de quatorze ans. — Une fillette de quinze ans atteinte à l'époque de la menstruation d'une folie circulaire qui cède après avoir duré six mois. — Un garçon de quinze ans et demi affecté de folie morale. — Une folie périodique menstruelle chez deux fillettes de quinze ans non réglées (guérison). — Un exemple de manie hallucinatoire chez fille et garçon de quatorze et quinze ans (guérison). — Chez ces sujets forte tare héréditaire ; fréquence des hallucinations. P. K.

XX. D'une nouvelle méthode de recherche des réflexes tendineux et de leur modification dans les maladies mentales et chez les épileptiques; par W. de Bechterew. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Nouvel appareil de précision électrique (*réflexographe*) qui ressemble terriblement à celui de Brissaud.

Le temps perdu est bien plus grand chez l'individu sain que chez l'*aliéné*. En outre non seulement la force des réflexes cutanés et tendineux est modifiée chez l'aliéné, mais la durée de la période latente (temps perdu), la durée du réflexe lui-même, et le caractère de la courbe obtenue sont changés. En certains cas les réflexes patellaires sont inégaux; en d'autres, ce réflexe est diminué, parfois celui-ci disparaît temporairement (état cataleptoïde dans la catatonie). Mais il est impossible d'établir une constante correspondant à telle ou telle forme de maladie mentale. *Chez l'épileptique*, les réflexes patellaires sont remarquablement altérés; exagérés et inégaux, dans beaucoup de cas, ils disparaissent pendant les attaques de grand mal et parfois restent longtemps sans revenir. En d'autres cas, après l'attaque, les réflexes tendineux sont temporairement renforcés ou le caractère de la courbe est modifié. Le temps perdu est un peu plus long après l'attaque qu'avant; mais, parfois aussi, il est ou trop accusé ou moindre qu'avant l'attaque. La modification des réflexes immédiatement après l'attaque (exagérés ou disparus) est utile quand il s'agit de découvrir la simulation.

Etudes expérimentales chez le chien rendu épileptique par excitation électrique de l'écorce. — Voici ces conclusions:

1° Pendant la période tonique de l'accès d'épilepsie, les réflexes patellaires peuvent ne pas être conservés car les muscles sont tendus; généralement ils apparaissent dans la période clonique. — 2° A la suite d'un fort accès d'épilepsie on observe d'ordinaire ou une totale disparition des réflexes ou une diminution plus ou moins considérable de ceux-ci. — 3° Cette disparition ou la diminution des réflexes a lieu d'habitude presque aussitôt ou quelques secondes après la cessation de la période clonique. — 4° La complète disparition des réflexes patellaires à la suite des accès d'épilepsie dure ordinairement quelques minutes, une à douze. — 5° La normale des réflexes patellaires s'établit lentement et graduellement après l'accès; en quelques cas de disparition persistante des réflexes, le réflexe patellaire reprend sa force normale, seulement en une demi-heure. — 6° En quelques cas, le réflexe disparu, puis revenu après l'accès, acquiert temporairement une force plus grande qu'avant l'accès; puis, graduellement, il reprend sa force normale. P. Keraval.

XXI. Sur l'isotonie du sang chez les aliénés; par C. Agostini. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. III-IV, 1892.)

Dans la majeure partie des formes maniaques, le pouvoir isotonique (résistance spécifique des globules rouges du sang) est un

peu diminué, la proportion de l'hémoglobine est inférieure à la normale tandis que le nombre des globules reste presque dans les conditions physiologiques et donnant seulement 25 p. 100 d'hypoglobulie. — Dans les formes dépressives, dans l'idiotie, dans les démences posthémiplégiques l'isotonie est encore moins élevée, la quantité d'hémoglobine se trouve diminuée d'une façon plus fréquente et plus intense, le pourcentage de l'hémoglobulie augmente notablement. Dans les formes toxiques, il y a diminution encore plus grande de la résistance globulaire et de la richesse en hémoglobine et l'hypoglobulie augmente de fréquence et de gravité. Parmi les formes toxiques, la pellagre occupe le premier rang : l'hyposotonie et le manque d'hémoglobine s'y trouvent dans le nombre maximum des cas, l'hypoglobulie dans le plus grand nombre d'entre eux; à côté de cela il est quelques cas où l'on rencontre un pouvoir isotonique et une richesse en hémoglobine tout à fait normale, et d'autres en petit nombre où la quantité des globules est physiologique. — Dans les périodes d'agitation, surtout si elles se prolongent, des épileptiques, des hystériques, des paranoiaques, des déments, après les attaques épileptiformes ou apoplectiformes, le pouvoir isotonique s'abaisse, la proportion des corpuscules et de l'hémoglobine n'est que peu modifiée. — Dans la folie paralytique classique, le pouvoir isotonique est de peu inférieur à la normale, l'hémoglobine et le nombre des globules dans le plus grand nombre des cas se trouvent dans des conditions physiologiques ; tandis que dans les périodes d'agitation prolongée qui parfois conduisent au marasme, l'isotonie diminue d'une façon notable et la proportion des globules et de l'hémoglobine s'abaisse. — Chez les imbéciles, chez les épileptiques, chez les hystériques, chez les paranoiaques, chez les déments le pouvoir isotonique, la richesse globulaire, la quantité d'hémoglobine oscillent dans les moyennes physiologique pour le plus grand nombre des cas. J. Séglas.

XXII. Sur l'état mental de Christine, reine de Suède; par de Sarlo. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. III-IV, 1892.)

XXIII. Les notions de quantité et d'étendue chez les aliénés ; par le Dr Pellegrini. (*Il manicomio*, fasc. I, 1892.)

La notion de la quantité, mesurée par la capacité à faire des calculs, va en diminuant progressivement chez les aliénés à mesure que l'on passe des formes aiguës de la folie aux formes chroniques et aux démences, pour atteindre son maximum dans la paralysie générale. C'est également chez les déments et les paralytiques généraux que la notion de l'étendue se trouve le plus alterée.

J. Séglas.

XXIV. Un cas de folie associée a la chorée a un age avancé; par MM. Mac Farlane. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1890.)

Il s'agit d'une femme de soixante-quatre ans chez laquelle les symptômes choréiques firent leur apparition deux ans après le début des troubles de l'intelligence (idées de persécution, de suicide, hallucinations de la vue). Elle était, au moment de son admission, dans un état de santé absolument misérable : pendant son séjour à l'asile, elle se remonte un peu, mais succombe au bout de trois mois et demi, à une attaque assez légère de paralysie, accompagnée d'une congestion intense des deux poumons. R. M.-C.

XXV. De l'action neurique dans ses rapports avec les fonctions mentales du cerveau; par Francis Warner. (*The Journal of mental science*, janvier 1893.)

C'est la coutume de M. F. Warner d'aborder sous une forme très serrée et dans une langue très concise les problèmes les plus ardus de la neuro-pathologie ou de la psychologie physiologique; aussi les analyses de ses travaux sont-elles presque des traductions : ce sera le cas pour le présent mémoire.

L'auteur rappelle d'abord qu'en traitant des fonctions mentales du cerveau, il faut écarter toute considération de l' « esprit considéré comme entité abstraite » aussi bien que des processus de sentiment ou de conscience, pour ne se préoccuper que des actes neuriques. Dans ce travail, il limitera ses observations à l'action intra-cérébrale chez l'homme, telle qu'on peut la déduire des faits observés. Chez le nouveau-né sain, on observe dans les extrémités digitales et dans d'autres petites parties du corps des mouvements généraux, lents et spontanés, que l'auteur a décrits sous le nom de microkinèse. Tout d'abord ces mouvements ne sont pas réglés par des impressions extérieures; ils paraissent se rattacher à l'action lente et spontanée de divers centres nerveux séparés. A l'âge de trois mois, ces mouvements deviennent susceptibles de se coordonner temporairement, par exemple de se diriger vers un objet; mais l'effet répond immédiatement au stimulus. Vers quatre ou cinq mois, la vue d'un objet peut suspendre pasagèrement la microkinèse; c'est le phénomène de l'attention; bientôt le mouvement recommence, cette fois en vue de saisir l'objet. L'auteur pense qu'il y a là la première révélation de ce qu'on peut appeler une « action mentale », et que durant la période d'inhibition pendant laquelle la microkinèse est suspendue, les groupements nerveux s'organisent en vue de l'action qui va suivre : mais comment s'accomplit cette organisation? Si la microkinèse révèle une action spontanée de plusieurs centres nerveux disticnts, sa suspension révèle un arrêt temporaire de la fonction efférente de ces

centres, et le mouvement est le résultat actif d'une impression visuelle : cette période de suspension ne saurait être négative au point de vue de l'action puisqu'elle est immédiatement suivie d'une action visible nettement consécutive à l'impression. L'auteur suppose donc que sous l'influence d'une impression visuelle, il s'est produit, pendant l'arrêt du mouvement, un groupement nerveux aboutissant à l'activité.

En poursuivant l'hypothèse, on arrive à comprendre l'évolution du pouvoir intellectuel : en effet, il y a une loi, généralement admise, suivant laquelle des cellules semblables et à nutrition similaire, qui exécutent leurs fonctions synchroniquement sous l'influence d'un stimulus, tendent par la suite à agir simultanément, par groupes similaires, et cette tendance est fortifiée par la répétition d'actions analogues. C'est en conformité de cette loi que s'accomplit la coordination des centres nerveux. Chez l'adulte, les groupements nerveux qui correspondent aux idées sont déterminés par la vue des objets : la répétition du stymulus rend l'impression plus profonde et plus persistante, l'empreinte neurique est conservée, et ainsi peuvent s'établir les courants d'idée qui, finalement, aboutissent à l'expression ou à l'action. On remarquera que, chez l'adulte comme chez le nouveau-né, la suspension du mouvement est favorable à la pensée : l'action motrice suspendue est remplacée par la formation des séries de groupes neuriques. Il faut noter en outre que les lois de la logique sont ici en parfaite harmonie avec la loi physiologique. Une saine action intellectuelle ne détermine pas plus d'usure physique qu'une action intellectuelle défectueuse, parce que la somme d'énergie nerveuse d'un groupe de cellules n'est pas plus considérable que celle d'un autre groupe correspondant : la valeur de l'acte intellectuel dépend de la façon plus ou moins complète dont il est subordonné au stimulus. La fonction intellectuelle normale est en parfaite harmonie avec les conditions ambiantes tout simplement parce qu'elle est sous la dépendance de ces conditions même, et qu'elle est en réalité créée par elles.

R. de Musgrave-Clay.

XXVI. De la folie amnésique; par Th. Tiling. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 6.)

La folie amnésique est de règle dans la névrite alcoolique ; on ne l'observe qu'exceptionnellement dans d'autres névrites.

Voici une observation de folie amnésique avec névrite, à la suite de la fièvre typhoïde. Mais la folie amnésique n'est en rien spécifique des névrites; on l'observe aussi bien dans l'alcoolisme sans névrite, dans la sénilité, à la suite de traumatismes céphaliques. L'entité de Korsakow (psychose polynévritique toxémique) ne s'applique pas à tous les cas de folie amnésique. P. K.

XXVII. Un cas de mélancolie induite; par K.-O. Dees. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 6.)

Il s'agit d'une femme prédisposée aux idées noires par une névralgie elle-même occasionnée par un bouchon cérumineux; son mari est mélancolique, elle devient mélancolique. On lui enlève son bouchon de cérumen, on séquestre son mari, elle guérit. P. K.

XXVIII. Un cas d'aliénation mentale chez l'enfant; par F. Ferlach. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 6.)

Fillette de dix ans, bien développée, tare héréditaire à peine guérie d'un néphrite scarlatineuse. Soudain, sans prodromes, perte de connaissance et convulsions cloniques généralisées pendant douze heures; sommeil de quarante-huit heures; au réveil, perte de la parole. Deux jours après, contracture généralisée avec perte de connaissance, grande excitabilité, impulsion à détruire, excitation maniaque incohérente, hallucination terrifiante de l'ouïe et de la vue. Sommeil calme. Il faut l'alimenter. Gâtisme. Pupilles très larges réagissant bien, mais dirigées en dehors. Diminution de la sensibilité à la plante des pieds. Pas d'albuminurie automatismes. Puis, faiblesse généralisée avec troubles de coordination des muscle du tronc et du cou. Convulsions cloniques des muscles fléchisseurs des deux médius, contracture du genou gauche et vomissements répétés pendant cinq jours. Tel est l'état qui dure cinq mois; puis, guérison progressive en trois mois. La malade raconte alors ce qui se passait en elle et la teneur de ses hallucinatsons. Il s'agit d'une auto-intoxication du cerveau par des produits de dénutrition accumulés dans l'économie pendant l'évolution de la néphrite antérieure (type Bouchard, — Korsakow). P. K.

XXIX. Contribution a l'étude des folies toxiques; par C. Knœrr. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 6.)

Six observations.

Conclusion : 1° Chez les buveurs par habitude, il peut, de même que chez les morphinomanes et les cocaïnomanes, de même qu'après l'influenza, se produire, à la suite des excès d'alcool et des accidents aigus ou subaigus, une véritable psychopathie organisée; — 2° C'est une folie systématique aiguë ou folie systématique abortive de Sander, caractérisée par des hallucinations de l'ouïe qui provoquent des idées de persécution, sans idées de grandeurs, avec accidents anxieux consécutifs. Marche très rapide, guérison constante; — 3° Les hallucinations de l'ouïe, cause de tout le mal, sont des hallucinations élémentaires. Ces mêmes accidents, si graves de la folie systématique chronique non alcoolique, ont ici

un pronostic bénin, et guérissent rapidement. En même temps que ces hallucinations élémentaires de l'ouïe, se montrent des hallucinations du sens musculaire qui sont en rapport avec l'appareil de la parole. P. Keraval.

XXX. Communication casuistique relative a l'étude des illusions de la mémoire; par H. Scheldtler. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 6.)

Type de pseudo-réminiscences de Krœpelin. P. K.

XXXI La folie en Norvège (1891); par William Habgood. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1892.)

En 1875, date du dernier recensement publié, on comptait en Norvège 23 aliénés par 10.000 habitants; l'aliénation était un peu plus commune chez les femmes que chez les hommes. En 1889, le chiffre des malades admis dans les asiles a été de 756, soit 4,15 par 10.000 habitants. Les malades admis se répartissent par maladies de la façon suivante : Mélancolie 32 p. 100; Manie 27 p. 100; Démence, 24 p. 100; Paralysie générale et épilepsie, respectivement 1,9 p. 100. Les asiles en Norvège sont peu nombreux (on en compte en tout onze) et de dimensions restreintes, ce qui s'explique par le petit nombre des aliénés et par l'habitude d'installer autant que possible les chroniques à la campagne, chez les paysans. Ces asiles sont régis par un médecin-directeur, sous le contrôle d'une commission de surveillance de trois membres. Les formalités de l'admission et du maintien de l'aliéné à l'asile sont les mêmes qu'en France. Les criminels chez qui l'on soupçonne un trouble mental sont dirigés sur un asile du gouvernement où ils restent en observation pendant le temps nécessaire. Un règlement gouvernemental veille à ce que les autopsies soient pratiquées toutes les fois que le médecin-directeur le juge à propos.

L'auteur a visité deux asiles norvègiens, l'un gouvernemental, celui de Rotvold, l'autre municipal, celui de Bergen. (Rappelons que tous les asiles, qu'ils soient gouvernementaux, municipaux ou privés sont soumis au même réglement.) Nous relèverons ici les points les plus intéressants notés par M. Habgood dans ces deux visites.

L'asile de Rotvold contient 240 lits : les salles sont simplement meublées. Le personnel médical se compose de trois médecins résidents: on les choisit de préférence mariés. Le traitement ne paraît guère différer de celui qui est usité en Angleterre : les bains y entrent pour une large part. Le seul moyen mécanique de contention auquel on ait recours est la camisole. Il y a un bon personnel d'infirmiers (un infirmier par neuf malades); ils ont un jour de congé par semaine; en plus de la journée on accorde la nuit aux

infirmiers mariés ; tout le personnel a droit à un congé annuel de huit jours consécutifs.

L'asile municipal de Bergen est un bâtiment neuf qui contient 150 lits. Les chambres sont spacieuses, bien chauffées au moyen de l'air chaud, parfaitement éclairées et ventilées. Les cellules destinées aux malades agités, violents ou destructeurs, ne contiennent absolument qu'un tas de paille, et le malade y est enfermé tout nu. M. Habgood a témoigné quelque surprise à propos de cette manière de procéder ; mais on lui a répondu qu'il était fort inutile de donner à des aliénés des vêtements pour qu'ils les déchirent, et de la literie pour qu'ils la détruisent. — Les malades malpropres couchent sur un tas de paille recouvert d'un drap ; on a reconnu qu'on avait moins d'eschares avec cette literie sans valeur et facile à renouveler et à changer qu'avec l'emploi du tissu imperméable. — Les water-closets sont à terre sèche. Il n'y a pas de pavillon d'isolement : les maladies contagieuses sont simplement soignées dans une salle spéciale du bâtiment commun.

L'auteur termine par quelques considérations sur le taux des guérisons et sur l'interprétation qu'il convient de donner aux chiffres comparés des guérisons et des améliorations en Norvège et en Angleterre. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXXII. SUR LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES ; par James Ross. (*The Journal of Mental Science*, avril 1890.)

On a depuis quelques années, réuni en un seul groupe pathologique, sous le nom de névrites périphériques, des affections qui paraissaient autrefois très différentes les unes des autres. Le caractère le plus remarquable de ces affections est de reconnaître presque toujours une origine toxique, intra ou extra-organique. Les névrites périphériques multiples ont quelquefois pour effet de déterminer des troubles psychiques : lorsqu'ils se manifestent, ces troubles psychiques présentent quatre périodes : 1° une période prémonitoire, dans laquelle il y a exaltation des diverses sensibilités particulières et des facultés imaginatives ; 2° une période de dépression ou de mélancolie ; 3° une période de transition, caractérisée par de la manie ou de la mélancolie avec excitation, ou bien par des états convulsifs ; 4° une période finale de démence.

L'auteur décrit avec soin ces quatre périodes, en s'attachant surtout à la forme alcoolique qui est évidemment la plus commune des formes de névrite multiple par intoxication. R. M.-C.

XXXIII. LA BOUCHE CHEZ LES ENFANTS ARRIÉRÉS (*imbéciles*) DU TYPE MONGOLIEN ; par ROBERT JONES. (*The Journal of Mental Science.* Avril.)

Après avoir examiné un grand nombre de sujets, M. Jones a été amené à penser que l'exagération de la voussure palatine n'est pas

[illegible]

XXXIV. La [illegible] de la mort subite dans la manie; par James B. [illegible] (The Journal of Mental Science, 1891.)

Après avoir rapporté deux observations intéressantes de mort subite dans la manie, l'auteur résume son travail. [illegible] 1° L'embolie pulmonaire graisseuse est assez fréquemment la cause, chez les malades atteints de manie, d'un collapsus brusque qui peut ou non se terminer par la mort;

2° On peut, pendant la vie, penser à cette forme d'embolie ou la diagnostiquer lorsque l'on constate les signes suivants : a) collapsus brusque avec refroidissement des extrémités, etc. — b) pâleur blafarde de la face et quelquefois cyanose marquée; — c) un peu de dyspnée, de respiration suspirieuse ou pénible; — d) pouls de volume moyen, ordinairement irrégulier; — e) à l'auscultation, œdème pulmonaire ou pneumonie embolique secondaire.

3° On peut la suspecter après la mort en présence des lésions suivantes : a) œdème local intense de l'un ou des deux poumons; b) présence d'infarctus dans le poumon; — c) pneumonie localisée, liée ou non aux infarctus.

4° La source réelle de l'embolie graisseuse n'est pas actuellement connue. — 5° Mais il est certain qu'on peut constater cette embolie dans les cas qui ont été indiqués sans qu'il existe de lésion appréciable du système osseux ou des tissus sous-cutanés.

6° Il est possible qu'elle ait pour cause une modification du sang déterminée par une excitation maniaque de longue durée. R. M.-C.

XXXV. De la faculté arithmétique et des atteintes qu'elle subit dans l'imbécillité et la folie; par William W. Ireland. (*The Journal of Mental science.* Juillet 1891.)

La faculté arithmétique est une faculté de développement qui n'existe pas chez le nouveau-né. M. Ifreland étudie successivement son activité plus ou moins grande chez les sauvages et les peuplades

[1] Voir Bourneville. *Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots*; Paris, 1868. — Sollier (Alice). *De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.*

qui se rapprochent le plus de l'état primitif. Il constate ensuite que la précocité et l'intensité de son développement chez des sujets peu ou point instruits montre que cette faculté peut être indépendante des méthodes qui servent ordinairement à la cultiver. Il fait remarquer que certains imbéciles, en petit nombre, à la vérité, ont pour les chiffres une aptitude particulière. Il signale d'autre part un fait assez étrange : la faculté arithmétique étant l'une de celles qui se développent le plus lentement et le plus tardivement chez l'enfant, on pourrait supposer qu'elle est l'une des premières à disparaître chez les déments et les paralytiques généraux; or, on constate souvent qu'elle est peu atteinte, quelquefois même l'une des moins atteintes chez ces deux ordres de malades[1]. R. M.-C.

XXXVI. De l'influence du milieu sur la production de la folie ; par Geo.-H. Savage. (*The journal of Mental Science*, octobre 1891.)

L'auteur s'est proposé dans ce travail deux objets principaux : il veut tout d'abord protester contre l'idée très répandue que la folie est presque toujours le résultat de l'hérédité névropathique, il veut montrer ensuite que si la folie est souvent sous la dépendance du milieu ambiant, il est plus rationnel et plus utile de la traiter par des modifications de milieu que par des agents médicamenteux. La tyrannie de l'organisme est une forme de pessimisme contre laquelle le moment est venu de réagir, sans d'ailleurs la nier pour cela : dans l'évolution il y a autre chose que l'hérédité, il y a l'adaptation au milieu. Les statistiques d'asile montrent que l'hérédité collatérale ne figure que dans un nombre assez restreint des observations. Il ne s'agit pas, l'auteur le répète, de nier le rôle de l'hérédité, mais de le préciser; bien souvent en effet l'hérédité névropathique se traduit par des résultats autres que la folie, par exemple l'idiotie, ou encore certaines formes spéciales de troubles musculaires ou sensoriels. Il est important de savoir et de reconnaître que quelques formes d'aliénation mentale liées à une lésion cérébrale sont cependant sous l'étroite dépendance du milieu ambiant. Pourquoi n'admettrait-on pas l'influence du milieu sur l'état mental, puisque toutes nos méthodes d'éducation ont pour but définitif de modifier le corps et l'esprit à l'aide de certaines conditions ambiantes? Au fond la question de la folie est une question sociale autant que médicale.

Les conditions ambiantes peuvent provoquer des hallucinations ; l'auteur cite plusieurs cas dans lesquels cette influence peut être invoquée, il indique aussi le rôle que peuvent jouer la solitude, l'excès de travail, le célibat ou le veuvage, les vices solitaires, l'oisiveté. La profession elle-même n'est pas sans influence. Ainsi

[1] Voir Charcot. — *Un calculateur prodige*; *Inaudi*. (*Progrès méd.*, 1892.)

donc à côté de la tyrannie de l'organisme, il faut admettre la tyrannie des milieux : la folie dépend en grande partie des rapports des maladies mentales; mais l'altération de fonction peut conduire à l'altération de tissu. Il est heureux d'ailleurs que l'influence du milieu soit réelle, car si les lésions organiques des centres nerveux étaient la cause unique et primordiale de l'aliénation mentale, la médecine resterait singulièrement désarmée en face de la folie R. M.-C.

XXXVII. Manie et mélancolie; par John Macpherson. (*The Journal of Mental Science*, avril 1891.)

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : l'auteur a montré, dit-il : 1° Que les perceptions et les idées, malgré leur variété d'origine et de nature, ne produisent que deux catégories d'émotions, des émotions de plaisir et des émotions de souffrance; 2° que ces deux émotions déterminent, physiologiquement, deux ordres opposés de symptômes somatiques, et particulièrement des altérations vaso-motrices très distinctes; 3° qu'une émotion, qu'elle soit d'origine normale ou d'origine pathologique, tend invariablement à troubler le jugement; 4° que, de même que l'on peut, au moyen des médicaments, et en modifiant le métabolisme des substances albumineuses contenues dans l'organisme, produire artificiellement l'exaltation ou la dépression des sensations, il y a lieu de supposer que des modifications de la nutrition constituent le point de départ des symptômes de dépression mentale ou d'exaltation mentales pathologiques; 5° nous savons que les poisons qui, dans certains états morbides prennent naissance dans l'organisme, ont tout au moins la propriété de produire l'excitation ou la dépression mentale; 6° il y a des raisons de croire que certaines ptomaïnes, nées dans l'organisme humain, ont pour effet, quand on les injecte aux animaux, de déterminer des convulsions ou de la stupeur, ou de la dépression, ou de l'excitation des systèmes musculaire et vasculaire; 7° de nombreuses preuves cliniques nous montrent qu'une alimentation très fortement azotée tend invariablement à l'exacerbation et au réveil des névroses mentales.

R. M.-C.

XXXVIII. Des symptômes de la catatonie dans le cours de la paralysie générale chez la femme; par P. Nœcke. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 1, 2.)

Trois observations caractérisées par des accès répétés de stupeur avec tension du système musculaire, survenant en dehors des ictus apoplectiformes. En outre, deux des malades étaient des filles publiques (bien que ce ne fut pas absolument sûr) ; la troisième avait

fait des excès sexuels ; la première était certainement syphilitique; la seconde l'était probablement; il ne serait pas impossible que la troisième le fût également. C'est à l'avenir qu'est réservée les solutions de la question de savoir si la stupeur et la tension musculaires ont pour origine le système génital. P. K.

XXXIX. Contribution a l'étiologie de la paralysie générale progressive ; par Œebeke. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 6.)

Sur 100 paralytiques généraux, 47 observations de non syphilitiques (?), 46 malades chez lesquels on trouve :

A Une cause spéciale qui est	1° Le surmenage psychique	(4 obs.)	Ces deux éléments réunis (1 obs.).	Cerveau solide dans les six cas.
	2° Une émotion morale	(1 —)		
	3° Hérédité	(5 —)		
	4° Nervosisme	(3 —)	Concours de ces facteurs. (7 obs.).	Cerveau sans résistance (21 obs.).
	5° Excès divers y compris la la fatigue physique	(6 —)		
B Pas de cause spéciale mais influence de causes somatiques; fatigue physique, irrégularité de la vie, excès.	1° Chez des héréditaires	(1 obs.)	Association de ces deux facteurs (10 obs.).	(17 obs.)
	2° Dans les cas d'anomalies nerveuses	(3 —)		
	3° Fatigue physique et alcoolisme	(1 —)		
	4° Existence irrégulière et influenza	(2 —)		
	5° Excès alcoolique et dysenterie	(1 —)		
Traumatisme	avec hérédité directes et indirectes	(1 obs.)		(3 obs.)
	avec nervosisme et prédisposition	(1 —)		
	avec lésion névropathe et nerveuse	(1 —)		
			Total :	47.

Parmi les professions exercées par ces malades, citons, neuf professions libérales (6 jésuites, 1 professeur, 1 architecte), vingt-quatre négociants, fabricants ou banquiers, quatre hôteliers et dix professions diverses :

Ages. Entre 30 et 40	24	malades.
40 et 50	14	—
et plus de 50	7	—
et moins de 30	2	—
	47	

Sur nos cent paralytiques, il y en a cinquante-trois qui ont eu la syphilis ; chez trente-huit de ceux-là on a constaté les accidents primitifs ou secondaires, ce qui fournit la proportion de 71 p. 100.

Trois d'entre eux ne présentaient, comme cause de paralysie générale que la syphilis antérieure, chez tous les autres, il y avait à faire intervenir une ou plusieurs des causes du groupe des quarante-sept déjà énumérées.

Voici un tableau synoptique de la proportion des causes de la paralysie générale chez les cent paralytiques généraux en question.

Syphilis.	53	p. 100.
Tare névropathique	46	—
Anomalies nerveuses personnelles.	44	—
Excès alcooliques	43	—
Surmenage intellectuel et émotions morales.	42	—
Excès sexuels	41	—
Hérédité directe	22	—
Fatigue physique	22	—
Traumatisme	5	—

C'est un mémoire fort bien fait à lire *in extenso*. P. Keraval.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET MALADIES NERVEUSES DE BERLIN

Séance du 29 *février* 1892. — Présidence de M. Mendel.

M. Hoppe. *Contribution à la connaissance de la paralysie bulbaire.* — Il s'agit d'un homme de quarante ans atteint de blépharoptose bilatérale, parésie des masticateurs, troubles de la parole, difficultés de la déglutition. Ces manifestations sont survenues graduellement. Pas de tare héréditaire. Pas de syphilis. On constate en outre une parésie du droit interne droit, du droit supérieur gauche, des rameaux supérieurs et inférieurs du facial. Intégrité de la langue; le voile du palais s'élève très peu; parole nasonnée et indistincte; paralysie des cordes vocales par parésie des adducteurs et des abducteurs. Faiblesse des extrémités. Absence totale d'atrophie dégénérative; nul trouble de l'excitabitité électrique. L'état du malade, après s'être amélioré, s'aggravait quelques mois plus tard; on voyait par exemple disparaître la parésie des droits atteints et du facial inférieur tandis que la paralysie

s'emparait progressivement quoique lentement du reste du système locomoteur, le patient succombait à des troubles de la circulation et de la respiration après deux ans de maladie.

L'*autopsie* ne révèle pas de lésions, pas plus dans les nerfs périphériques que dans les organes centraux.

Comparant cette observation aux faits de Nelke, Oppenheim, et Eisenlohr, M. Hoppe conclut que le tableau symptomatique qui les caractérise tous les quatre n'est ni celui de la paralysie bulbaire chronique, atrophique, progressive, ni celui de la paralysie pseudobulbaire, ni celui de la paralysie bulbaire aiguë, il n'appartient pas davantage à l'hystérie non plus qu'à la névrite périphérique. Peut-être s'agit-il de lésions de l'écorce cérébrale qui, dans l'état actuel de nos connaissances, échappent à nos moyens d'investigation.

De la *discussion* à laquelle prennent part MM. Oppenheim, Senator, Bernhardt, Remak, il résulte que la manière d'envisager les faits de M. Hoppe est exacte.

Discussion relative au mémoire de M. Leyden. — *Myélite chronique et lésions systématiques de la moelle.* — M. Jolly. En effet, le complexus symptomatique de la paralysie spinale spasmodique a pour substratum des foyers de myélite chronique à localisations variables. Voici par exemple les préparations anatomiques provenant d'un malade affecté de paralysie spinale spasmodique, qui se complique d'érysipèle. Vers la fin de la maladie disparut le réflexe patellaire. Les trois cordons sont lésés. On y voit : foyers disséminés, lésions systématiques, lésions disséminées. Ce qui prouve que des formes très différentes de myélite chronique peuvent se traduire par le complexus clinique de la paralysie spinale spasmodique. Mais cela n'empêche que la lésion de tels et tels cordons ne se traduise par des symptômes déterminés et par suite, qu'il ne soit possible d'établir, des variétés cliniques. La sclérose multicolaire de la moelle peut, durant des années, présenter le tableau de la paralysie spinale spasmodique ; si, plus tard les réflexes patellaires disparaissent, on est autorisé à admettre que la lésion des cordons latéraux s'est compliquée d'une altération des cordons postérieurs. L'évolution de la maladie permet donc de préciser et de dire que différents faisceaux sont atteints. Ce n'est qu'à l'égard des cordons antérieurs ou antéro-latéraux que l'on n'est pas toujours en situation de se représenter nettement la lésion. Quant aux autres on parvient à en dépister l'altération d'après la symptomatologie. Ce qui revient à dire qu'il y a lésions combinées de cordons médullaires. J'insiste sur cette expression qui vaut mieux que celle de lésions systématiques parce qu'elle ne préjuge point de la fonction physiologique des cordons en question. On est cependant autorisé à formuler le diagnostic d'affection systématique combinée dans les cas de lésion des cordons postérieurs et latéraux, à la condition qu'on n'attribue pas un sens trop précis au mot système. C'est ainsi qu'on peut dis-

tinguer certaines affections spinales des paralytiques généraux, que Westphal a démontrées n'être point secondaires. C'est ainsi en outre qu'il existe des lésions communes aux cordons latéraux et postérieurs, sans paralysie générale, et que maints cas d'affection pure des cordons latéraux sont au point de vue anatomique dûs à des lésions systématiques combinées. Quant au tabes il y a lieu de le tenir pour une affection systématique des cordons postérieurs tant au point de vue de leur fonction (Leyden), qu'à celui de leur développement (Flechsig). Mais il ne faut point oublier que l'on n'a point encore tout dit sur le tabes soit cliniquement, soit anatomiquement.

Charcot et Leyden n'ont-ils pas, dans cette affection, décrit des lésions des cornes antérieures? Le système nerveux périphérique sensitif ou moteur y a été trouvé lésé; et cependant ce sont là des systèmes distincts tant comme physiologie que comme anatomie.

M. Oppenheim. Alors que dans le cours des vingt dernières années, la science s'est efforcée de détacher du magma incohérent des myélites certains groupes symptomatiques qui méritent, de par leur substratum anatomo-pathologique, de constituer autant de modalités morbides autonomes, M. Leyden vient nous dire que cette analyse n'est pas justifiée et prétend en revenir aux anciens errements. Son premier argument est d'ordre histologique. Les processus d'atrophie, de sclérose, de dégénérescence à forme de cellules granuleuses, etc., se confondent, dit-il. Soit. Mais il ajoute qu'il importe peu que ce processus s'étende sous la forme de lésions diffuses, disséminées ou systématiques, que la myélite n'en subsiste pas moins. En cela il détruit le groupement nosologique des affections de la moelle et le diagnostic qui repose en réalité sur le concert de l'analyse clinique et des altérations correspondantes localisées en tels ou tels organes de la moelle. M. Leyden n'en pourrait dire autant de la terminologie des anciens âges à laquelle il revient de sa myélite.

Quant à la théorie des affections systématiques combinées, si elle a des lacunes et des points faibles, faut-il pour cela la rejeter ? S'i est certain que des lésions combinées de certains cordons de la moelle produisent un tableau clinique constant, qu'il y a par exemple affection combinée des cordons postérieurs et latéraux, faut-il le passer sous silence ? S'il existe un tabes avec paralysie ou une paralysie spinale spasmodique avec ataxie, et si ces variétés spasmodiques tiennent au mode d'expansion et à l'intensité des lésions dans les deux territoires de la moelle, dans les deux cordons de cet organe, faut-il en priver la nosographie? C'est cependant la gloire du clinicien et le triomphe du micrographe d'avoir établi ces relations. Cela n'empêche évidemment qu'il y ait des cas de tabes avec paralysie tenant à une autre lésion, et qu'en certains

cas une lésion combinée de plusieurs faisceaux n'évolue en présentant les symptômes de la myélite diffuse. Tout le monde sait qu'il y a des cas frustes atypiques qui n'infirment en rien les acquisitions certaines.

Il ne m'est pas possible non plus d'assimiler la sclérose en plaques à une myélite. La première est une maladie bien tranchée ayant son individualité jusque dans ses variétés les plus rares. La myélite chronique au contraire, comme l'entend M. Leyden, est trop compréhensive, mal définie. C'est précisément parce que l'expérience et la recherche, mécontentes du diagnostic de myélite chronique, ont porté leurs investigations plus loin et abouti aux belles découvertes que l'on sait; c'est parce que, dans les cas de sclérose purement spinale en apparence, nous avons trouvé des symptômes qui nous ont conduit à la constatation de foyers scléreux dans le nerf optique ou en d'autres parties de l'encéphale que la forme spinale de la sclérose en plaques est devenue de plus en plus rare et qu'a disparu simultanément la myélite chronique. On a dû cantonner cette dénomination aux observations rares aujourd'hui de myélite diffuse à marche chronique et l'on a été forcé de ne formuler ce diagnostic qu'après avoir exclu ceux de sclérose disséminée, affections combinées des faisceaux de la moelle, etc.

M. Jolly vient de dire que Westphal admettait l'existence d'une sclérose latérale purement primitive, indépendamment de la démence paralytique. Or, à ma connaissance, Westphal l'a rejetée.

Enfin c'est aussi progresser que d'extraire de la syphilis spinale certaines formes justifiant de leur existence de par la méthode anatomo-clinique, et de les enlever à la myélite.

M. Leyden. La sclérose en plaques disséminées, avec symptômes cérébraux. diffère de la sclérose en plaques purement spinale. Celle-ci ne représente qu'un complexus clinique correspondant au tableau morbide des autres cas de la myélite chronique. Quant aux affections systématiques, il convient de ranger sous ce nom, comme l'a fait Vulpian, les lésions des faisceaux de la moelle; sans doute l'idée du système physiologique est bonne, mais non point celle qui consiste, comme le fait Flechsig, à se guider seulement d'après l'anatomie et non d'après la physiologie.

Or il est impossible de juger le tabes d'après cet étalon, et quand aux cordons latéraux dans les pyramides, que dire de leur dégénérescence chez les paralytiques généraux, quand on ignore s'il s'agit d'une dégénérescence secondaire ou d'une lésion autonome. La sclérose latérale amyotrophique n'est point une affection systématique, car comment englober dans le système des cellules nerveuses atteintes. Enfin je n'ai vu qu'un tabes typique se soit associé à une autre lésion: les affections systématiques combinées sont des formes de la myélite chronique puisqu'on en constate toutes les modalités intermédiaires.

M. MARINESCO. — *Sur les altérations des nerfs et de la moelle consécutive aux amputations.* — Etude de trois malades. Le premier avait subi l'amputation de la cuisse droite il y a vingt-trois ans. Le nerf sciatique contenait de très nombreuses fibres fines entourées d'une couche de myéline mortifiée; faible prolifération du tissu interstitiel. Intégrité des cellules et ganglions spinaux. Atrophie du cordon postérieur correspondant, sans altération. Dans les régions sacrées et lombaires, le groupe postéro-latéral de la corne antérieure droite est très atrophié. Dans la région dorsale, diminution des cellules de la colonne de Clarke droite. Dans le renflement cervical il y a atrophie de la corne latérale droite surtout au niveau du groupe latéral. Atrophie des racines postérieures dans toute leur étendue dans la moelle lombaire et dorsale inférieure.

La seconde observation concerne l'amputation du bras gauche. Atrophie à la corne latérale gauche dans le renflement cervical, elle s'étend jusqu'à la partie supérieure de la région dorsale. Diminution des cellules de la colonne de Clarke, atrophie du cordon postérieur gauche, mais limitée au faisceau de Burdach; intégrité du faisceau de Goll dans la moelle cervicale et dorsale.

L'observation III est identique à l'observation I.

M. Marinesco a fait de nombreuses expériences. Il formule le mécanisme suivant : A l'état normal les extrémités nerveuses sensitives sont le siège d'un état de tension produit par la nutrition et l'excitation constante qui les sollicite. Elles entretiennent dans les ganglions spinaux des modifications biologiques qui se traduisent par une influence trophique. Cette action trophique n'est donc point spontanée, elle dépend des excitations périphériques. Si l'on enlève un nerf ou un membre recteur de ce nerf, on modifie la quantité et la qualité des excitations périphériques nécessaires pour maintenir l'équilibre de la nutrition et la fonction des nerfs. Aussi, les fibres nerveuses du bout périphérique du nerf dégénèrent-elles. Tel est le mécanisme des altérations des fibres sensitives dans les cordons de la moelle.

Séance du 14 mars 1892. — PRÉSIDENCE DE M. JOLLY.

M. KŒPPEN. *Des altérations des os dans la maladie de Basedow.* — Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans atteinte de cette maladie depuis cinq ans et présentant en outre des symptômes de la maladie, c'est-à-dire du goître, des palpitations de cœur, du tremblement, des sueurs, de la pigmentation brune de la peau, la perte complète de son talent de chanteuse. Sa voix est devenue monotone, très basse; intégrité du larynx. Il existe aussi une scoliose de la colonne vertébrale datant de deux ans seulement. Elle meurt et l'on constate à *l'autopsie* de l'hyperplasie du corps thyroïde, de tous les ganglions lymphatiques, du typhus, et l'ostéomalacie

de tout le système osseux. Il est à remarquer que la malade, qui n'avait jamais eu d'enfant, présentait une dentition très défectueuse, et de la sensibilité des os à la pression.

DISCUSSION. — M. SPERLING rappelle des expériences de Wagner sur le traitement des affections des os à l'aide du phosphore et des phosphates. Il en conclut à la nécessité d'examiner la nutrition et l'urine des malades affectés de maladie de Basedow.

M. REMAK fait observer que l'ostéomalacie est endémique en Allemagne. Elle est fréquente à Wurzbourg, rare à Berlin. Les troubles de la voix sont dus aux troubles respiratoires.

M. GOLDSCHEIDER rappelle que M. Charcot a constaté en pareil cas des anomalies dans l'excrétion des phosphates.

M. KŒPPEN. Sans doute l'ostéomalacie sévit un peu à Berlin, mais dans les autres observations de maladie de Basedow, les os ne présentaient rien de semblable.

M. KŒNIG. *De l'atteinte du facial et de l'hypoglosse dans l'hémiplégie fonctionnelle* Présentation de malades. Ce travail sera publié *in extenso* dans la *Neurolog. Centralbl.*[1].

Séance du 9 *mai* 1892 — PRÉSIDENCE DE M. JOLLY.

DISCUSSION relative à la communication de M. KŒNIG. — M. REMAK. Peut-être en ce qui concerne la première observation s'agissait-il d'une complication hystérique surajoutée à une hémiparésie d'origine organique. Puis, en certains cas, il peut y avoir un trouble physiologique dans l'innervation du facial. Enfin il n'est pas toujours possible d'établir s'il s'agit d'une contracture hystérique ou d'une parésie de la langue et de la face.

Les caractères spéciaux de la déviation de la langue et de la face de nature hystérique sont établis par l'observation qui a été reproduite depuis 1862 par Hersel, P. Guttmann, A. Bamberger, L. Landau, E. Remak, B. Baginsky. Il s'agit d'une malade, âgée aujourd'hui de soixante-deux ans, présentant une hémianesthésie gauche absolue et une hémiplégie hystérique du même côté; depuis 1859, quand elle tire la langue, celle-ci présente une déviation extrême à droite. Evidemment elle a une contracture des muscles de cet organe du côté droit. Les fonctions des muscles du côté gauche de la face sont peu actives; le pli naso-labial droit est très marqué et par suite il semble y avoir une véritable parésie du facial gauche, venant compliquer une hémi-anesthésie hystérique gauche avec hémiparésie. Pour qu'elle puisse souffler une allumette qu'on lui présente à 3 centimètres de la bouche, il faut qu'on la lui amène de gauche à droite en dépassant la ligne médiane, ce qui prouve

[1] Voir *Archives de Neurologie*. Revues analytiques.

que la pseudo-parésie du facial ne permet la réunion des lèvres que dans des conditions telles que le courant d'air nécessaire pour cette opération ne peut s'échapper que par la moitié droite de l'orifice buccal. Or, d'après Brissaud et Marie, cette manière d'être est caractéristique de la contraction faciale du côté droit. Il y a donc avec l'hémianesthésie gauche hystérique, hémispasme hystérique labio-lingual droit. (Voyez la *Berlin. Klin. Wochenschift.*)

M. Kœnig. Ma première observation témoigne non de l'hystérie mais d'un de ces troubles fonctionnels semblables à ceux qui se produisent à la suite de l'artério-sclérose, et que l'on a coutume de considérer comme engendrés par des troubles de la circulation. Elle ressemble aussi à ces hémiplégies passagères observées parfois à la suite d'accès de migraines, avec ou sans trouble de la parole. On connaît quelques faits dans lesquels les phénomènes paralytiques, après s'être montrés passagers pendant de nombreuses années, sont devenus permanents par suite de la complication d'une lésion organique. Dans l'espèce, il ne serait pas impossible qu'il y ait maintenant un tout petit foyer responsable de cet affaiblissement léger mais persistant du côté droit, tandis que les exacerbations périodiques et notamment les troubles de la parole seraient considérés comme fonctionnels.

Quant aux autres observations, l'alcoolique présentait un spasme pur dépourvu de toute complication. Sur les trois autres cas, il est douteux que les troubles de l'innervation faciale soient en rapport avec l'épilepsie ou l'hystérie. Restent deux malades atteints de névrose traumatique. L'un d'eux, vu par M. Oppenheim, présente une légère parésie faciale; s'agit-il de ces troubles que l'on rencontre fréquemment chez les paralytiques généraux? S'agit-il d'anomalies congénitales de l'innervation, comme le veut M. Remak? En tout cas, il est bon de rappeler que dans ces hémiplégies organiques on considère comme parétiques les différences très minimes que l'on constate dans l'innervation des deux facials.

M. Oppenheim a décrit des cas de parésie faciale faisant corps avec une hémiplégie fonctionnelle, en 1889. Dans sa monographie sur la névrose traumatique, il y a une observation d'épilepsie réflexe, dans laquelle les convulsions hémilatérales furent suivies d'hémiparésie avec participation de la branche buccale du facial. On en trouvera une autre dans la thèse de M. Steinthal. Dans des cas de ce genre, la parésie n'était que faible au repos; elle était plus nette quand les malades parlaient ou quand ils exécutaient des mouvements ordinaires de la physionomie.

Voici une observation frappante tirée de sa policlinique. Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans se disant paralysé du côté gauche depuis novembre de l'année précédente. La paralysie s'est installée brusquement sans perte de connaissance, mais plus tard

il y a eu des troubles de la connaissance qui ont persisté plusieurs jours. Au premier coup d'œil, personne ne doute de l'existence d'une hémiplégie gauche véritable avec contracture. La bouche est fortement déviée à droite, la commissure gauche des lèvres est pendante, et elle reste inactive pendant les mouvements, même quand le malade ouvre la bouche : cette particularité ne saurait être expliquée par la contraction primitive du facial du côté sain. La main gauche n'a pas l'attitude que l'on connaît dans la contracture hémiplégique, mais la situation de la crampe des écrivains. Il n'y a pas de tension musculaire vraie. Il y a hémianesthésie gauche totale avec atteinte des nerfs sensoriels. L'hypnotisme et l'emploi de l'aimant firent disparaître ces accidents paralytiques y compris la parésie faciale (c'est tout au plus si aujourd'hui il existe encore une légère différence entre l'innervation des deux côtés), y compris l'hémianesthésie et les troubles sensoriels.

Passons aux observations de M. Kœnig. La parésie est une paralysie périodique en rapport avec l'hémicranie. Mais il est évident, comme l'ont démontré Charcot et Féré, que la contracture passagère des vaisseaux de l'encéphale qui produit ces accidents, peut devenir permanente et provoquer l'oblitération et la thrombose de ces tuyaux. Toutefois nous ne possédions pas encore d'autopsies confirmatives. J'ai comblé cette lacune. On trouvera une observation de ce genre dans *Charité Annalen*, quinzième année (pronostic de l'hémicranie). On n'est donc plus en droit de dire que ces paralysies périodiques soient tout à fait exclusivement fonctionnelles, et il est douteux que tous les symptômes cérébraux, qui ne relèvent pas de lésions anatomiques persistantes, soient sans plus ample informé, hystériques.

M. Remak. C'est jouer sur les mots que d'essayer de distinguer l'hémianesthésie ou hémiparésie fonctionnelle de l'hémianesthésie ou l'hémiparésie hystérique. Les névroses traumatiques dans lesquelles on rencontre ce complexus symptomatique sont de l'hystérie traumatique. Quand, à la suite de l'hémicranie, il se produit une affection organique, évidemment la première tenait à une lésion de même nature. C'est pourquoi j'ai voulu démontrer le caractère clinique des déviations de la langue et de la face d'origine hystérique en la mettant en parallèle avec le même phénomène dans les paralysies organiques.

M. Goldscheider. *Contribution à l'examen objectif de la sensibilité dans la névrose traumatique.* — Mémoire publié *in extenso*[1].

Discussion : M. Jolly demande si l'orateur a rencontré souvent des anomalies du sens de la température dans l'hystérie ou la névrose traumatique.

[1] Voyez *Archives de Neurologie*, Revues analytiques.

M. [illegible] répond affirmativement. Il ajoute que, naturellement, sa malade n'est pas [illegible] guérie ; il y a anesthésie complète.

M. Oppenheim. *Contribution à la pathologie dans la paralysie spinale atrophique chronique.*[1]

Mémoire publié in extenso dans les *Archiv. für Psychiatrie* (*Archiv. f. Psychiat.*, XXV).[2]

P. Keraval.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS NEUROLOGISTES ET ALIÉNISTES DE MOSCOU.

Séance du 18 décembre 1892.

Le Dr L. Minor présente un malade affecté de *doigt en forme de baguette de tambour* (Trommelschlægelfinger) bien caractérisé. Le rapporteur partage l'opinion de Mœbius suivant laquelle les doigts en « baguette de tambour », l'ensemble des symptômes décrits par Bamberger, l'ostéo-arthropathie pneumique (Marie) ne sont que des formes d'une seule et même maladie, quoiqu'à divers degrés de développement. Il se range entièrement à l'avis de Marie qui envisage l'acromégalie comme une maladie distincte et ne voit dans l'ostéo-arthropathie et les doigts hippocratiques que des symptômes d'une maladie interne.

Parmi les causes les plus fréquentes de cette maladie, il faut placer les processus pulmonaires, purulents et chroniques ; on a également signalé l'influence des maladies du cœur et, dans un cas (Schmidt), celle de la syphilis. Mais, indépendamment de l'action directe d'un virus produit par le pus, il est indispensable de ne pas perdre de vue certaines conditions particulières, telles que : 1° une prédisposition générale qui peut être héréditaire ; 2° des causes accidentelles, le plus souvent un traumatisme, une inflammation locale, etc. Sous ce rapport il convient de mentionner le cas intéressant cité par Mœbius : il s'agit d'un pthisique chez lequel, sous l'influence d'un traumatisme et d'une névrite, les doigts prirent en peu de temps la forme de baguettes de tambour. Le rapporteur mentionne un cas du même genre : chez un malade, probablement un pthisique, le pouce de la main gauche ressemblait d'une manière frappante à une baguette de tambour ; cette modification

[1] Voyez *Archives de Neurologie*, Revues analytiques.

[2] Voir la séance dernière. *Archives de Neurologie.*

était survenue à la suite d'une piqûre d'aiguille qui s'était enfoncée sous l'ongle et avait déterminé la formation d'un abcès.

Le rapporteur présente en outre un malade dont le cas montre le rôle important que joue la prédisposition héréditaire dans le développement de cette affection. Cette importance a déjà été signalé par Rauzier. Autant qu'il s'en souvient, ce malade qui souffre depuis quatre ans d'accès d'asthme cardiaque (probablement par suite d'une myocardite) affirme que les doigts de ses mains et de ses pieds ont toujours ressemblé à des baguettes de tambour. Sa fille présente la même difformité depuis l'âge de seize ans.

La communication de M. le Dr Minor donne lieu à des observations de la part de M. le professeur Kojevnikov et de M. le Dr Kornilov.

M. le Dr Kornilov rend compte des observations qu'il a faites sur une malade affectée d'*acromégalie.* (Cette malade a été présentée à la Société dans la séance du moins de janvier.) Cette personne, âgée de quarante ans, présente une augmentation considérable de la face, surtout à la partie inférieure ; les lèvres, le nez et la langue sont hypertrophiés; les dents du côté gauche sont tordues et un peu écartées, le maxillaire inférieur fait saillie, les globes oculaires sont plus espacés qu'à l'état normal. Il faut signaler encore des maux de tête, l'abolition du réflexe de la conjonctive gauche, une certaine difficulté de la convergence. Les pieds et surtout les mains sont fortement augmentés en largeur. Les os et les tissus paraissent également participer à cette hypertrophie; il n'existe aucune lésion des articulations. L'accroissement du volume de la face, des mains et des pieds date de huit ans.

M. le Dr W.-A. Doubrovine décrit d'une manière succincte les résultats de l'autopsie d'un malade atteint d'acromégalie, malade qu'il n'a pas eu l'occasion d'observer pendant la vie MM. les Drs Minor, Netcaaer et W. Roth ne partagent pas l'avis du rapporteur relativement au diagnostic.

M. le Dr Fokarsky. *Sur la maladie des tics convulsifs.* — Le rapporteur présente l'observation d'un malade chez lequel on a pu constater l'influence de l'élément psychique sur la production de mouvements particuliers offrant le caractère de convulsions. Ces mouvements présentent une grande variété : le malade fait claquer ses doigts, se touche la région de l'hypochondre, fait jouer le couvercle de sa montre, se tiraille le nez et présente un mouvement latéral coordonné des yeux qu'il détourne assez souvent en fixant les objets extérieurs. L'apparition de tous ces mouvements est liée dans la conscience du malade à des moments psychiques (imitation ou impulsion consciente). Au bout de quelque temps ces prétendues causes disparaissent : mais les mouvements persistent sous leur forme primitive.

Le malade a été affecté en outre de contractions fibrillaires des muscles entourant l'œil et des muscles releveurs des ailes du nez et de la lèvre supérieure. L'affection remonte à six ans; certains se répètent sans changements depuis près de seize ans. D'autres qui avaient fait leur apparition au cours de la maladie, ont disparu entièrement ou ont diminué d'intensité. La marche de la maladie a été soumise à de grandes variations, mais jamais on n'a constaté de disparition complète des symptômes. Les signes caractéristiques de la maladie des tics convulsifs sont, d'après le rapporteur : 1° la tendance aux obsessions; 2° les mouvements de nature particulière offrant un caractère psychique se répétant sous la même forme présentant ou ayant présenté le caractère d'actes conscients ayant un but déterminé, mais se produisant spontanément sans le concours de la volonté et par conséquent sans la sensation de l'effort. Ces mouvements peuvent être réprimés par un effort de la volonté. 3° les contractions musculaires et fibrillaires principalement au visage, au cou, et souvent aussi au bras; 4° la tendance à l'imitation quoique à un degré très faible.

Ces deux derniers signes permettent de relier la maladie des tics convulsifs d'une part à la myoclonie, d'autre part à la mériatchénie. L'écholalie et l'échokinésie peuvent faire défaut. La coprolalie aussi bien que la cronomanie n'apparaissent que d'une mamière exceptionnelle. En terminant le rapporteur présente les conclusions suivantes :

1° La maladie des tics convulsifs doit occuper en tant que forme clinique, une place distincte.

2° On ne doit pas confondre avec elle les cas de tic simple isolé, de même que le tic convulsif de la face doit être distingué de la myoclonie.

3° La *mériatchénie*, la maladie des tics convulsifs et la myoclonie sont trois formes cliniques distinctes.

Cette communication a été l'objet de débats vifs et prolongés auxquels ont pris part MM. SERBSKY, KORSAKOV, BAJENOW, ROSSOLIMO, KORNILOV et KOJEVNIKOV. La discussion a porté principalement sur la question de savoir quels sont les principes qui permettent de distinguer d'une part les maladies des tics convulsifs des maladies avec idées et mouvements obsédants, et d'autre part des tics simples.

BIBLIOGRAPHIE.

VI. *Le Juif Errant à la Salpêtrière*. Etude sur certains névropathes voyageurs par le docteur Henry Meige. — L. Battaille et Cie, éditeurs. — 1893.

Dans un travail qui a pour titre « *le Juif Errant à la Salpêtrière* » M. le docteur Henri Meige étudie certains névropathes voyageurs sur lesquels M. le professeur Charcot a déjà plusieurs fois attiré l'attention dans ses cliniques et dont l'histoire est encore peu connue.

Il s'agit de neurasthéniques ou d'hystéro-neurasthéniques qui, indépendamment de tous les symptômes classiques des deux névroses, paraissent soumis au régime d'impulsions irrésistibles les poussant à déambuler par tous les pays à la recherche d'un remède introuvable.

L'instabilité psychique des neurasthéniques est chose notoire, et chacun connaît les démarches sans cesse renouvelées qu'ils font auprès de toutes les célébrités médicales afin de trouver un soulagement à leurs souffrances. Pleins de foi aujourd'hui en la médication qu'on leur ordonne, ils la rejetteront demain comme vaine ou même dangereuse pour en adopter une autre dont les bienfaits seront également éphémères.

« C'est toujours la même histoire; c'est à très, peu près, toujours « la même figure. Chaque année, on voit se présenter à la clinique « de la Salpêtrière de pauvres diables misérablement vêtus; leur « face amaigrie, aux rides profondes et tristes, disparaît sous une « barbe immense et jamais peignée. D'un ton lamentable, ils con- « tent une histoire pleine de douloureuses péripéties, et, si on ne « les interrompait, il semble que jamais on n'en saurait la fin.

« Nés bien loin du côté de la Pologne ou dans le fond de l'Alle- « magne, dès leur enfance, la misère et la maladie les ont accom- « pagnés partout. Ils ont fui le pays natal pour échapper à l'une « et à l'autre; mais nulle part ils n'ont encore rencontré le travail « qui leur convient ni le remède qu'ils cherchent. Et c'est après « des lieues et des lieues parcourues à pied, sous la pluie et le « vent, par le froid et dans le plus affreux dénuement qu'ils vien- « nent échouer à la Salpêtrière dont la renommée les attirait. »

Ce qu'il est intéressant de constater chez ces voyageurs, c'est qu'ils sont tous Israélites. C'est là une condition étiologique qui assurément n'a rien d'absolu; mais la grande fréquence des tares

[illegible]

[illegible]

« Leur face est [illegible], les pommettes saillantes au-dessus des joues creuses. Les rides du front sont remarquables. On les retrouve chez tous les malades et sur tous les portraits. Très longues, très profondes, elles se perdent en haut dans l'attache des cheveux, formant autour du front un triple ou un quadruple cercle. Au-dessus du nez deux sillons obliquement ascendants sont l'indice de la fréquente contraction des sourciliers, les muscles de la douleur. L'œil est petit, triste, enfoncé, cerclé de rides qui s'enchevêtrent, et le bordent parfois en un clignotement furtif. — Le nez tantôt long et busqué, plus souvent large, épaté, comme il se voit fréquemment dans la race germanique. »

La richesse de leur mimique est extrême, et de même qu'ils exagèrent les récits de leurs souffrances, de même ils possèdent un luxe de grimaces et de gestes appropriés à leurs discours.

Les symptômes morbides sont tantôt ceux de la neurasthénie, tantôt ceux de l'hystérie, tantôt ceux des deux névroses combinées.

La céphalée suivant le type classique, en casque.

Les douleurs lombaires et sacrées.

Cette rachialgie communique à la colonne vertébrale une raideur spéciale qui fait que les malades marchent à tout petits pas, évitant de se pencher, se tournant tout d'une pièce. Ils se plaignent aussi tous de douleurs errantes dans les membres; des « rhumatismes qui se promènent », disent-ils.

L'insomnie, les rêves pénibles, les troubles dyspeptiques, les troubles de l'appareil génital, etc., tous ces symptômes relèvent de la neurasthénie.

A l'hystérie se rattachent les troubles de la sensibilité : anesthésies localisées, troubles oculaires, troubles sensitivo-sensoriels. Hémiplégies ou monoplégies. Tremblements limités à un membre ou à un seul côté du corps.

L'état mental des névropathes voyageurs mérite un examen spé-

cial. A côté de l'asthénie psychique si fréquente chez les neurasthéniques, et qui se traduit par l'impossibilité de suivre longtemps une idée ou une suite d'idées, par une indécision constante de l'esprit qui semble vaciller dans toutes les directions, on trouve une fâcheuse tendance aux impulsions. Celles-ci peuvent venir du dehors, ou germer spontanément dans l'esprit du malade : « L'influence héréditaire semble en cela jouer un rôle important. Et c'est à ces nouveaux facteurs qu'on doit attribuer les brusques départs, les lointains voyages entrepris tout à coup, sans raison plausible ou sous le couvert de prétextes irraisonnés.

La mémoire est souvent atteinte, soit dans son ensemble, soit partiellement. Témoin le cas d'un nommé S... qui avait oublié trois langues sur quatre qu'il parlait couramment.

Le diagnostic n'est en général pas difficile à faire. D'abord, il convient de rapprocher ces malades de ceux qui ont été décrits par M. Tissié sous le nom de « *Captivés* » ou des soldats de M. Duponchel atteints de « *Déterminisme ambulatoire* », mais on ne les confondra pas avec les épileptiques voyageurs sujets aux crises d'automatisme comitial ambulatoire, et qui perdent à leur réveil tout souvenir des pérégrinations qu'ils ont faites.

Les différents somnambulismes offrent aussi des points de dissemblance trop nombreux pour être confondus avec le mal des voyages : L'attitude des malades, les chemins bizarres qu'ils prennent, leurs promenades sans but sont bien à part.

Les vrais hypochondriaques enfin ont dans leurs idées délirantes un caractère de fixité et de fatalité qui diffère absolument de la mobilité excessive des névropathes errants. Ces derniers sont accessibles aux consolations, aux encouragements et passent avec facilité d'une idée triste à une pensée joyeuse.

Le pronostic est grave — non pas *quoad vitam* — mais on sait d'après M. Charcot combien tenaces et généralement incurables sont les deux névroses qui s'associent souvent chez les névropathes voyageurs.

L'hydrothérapie, et surtout l'électricité bien appliquée, amènent cependant des améliorations très sensibles.

Pour terminer, M. Meige reprend une question d'ordre médico-légal déjà soulevée par M. Charcot : Les vagabonds sont-ils tous des neurasthéniques ? — M. le professeur Benedickt, qui s'est attaché à la résoudre, a conclu en disant que « le premier élément constituant du vagabondage est la neurasthénie physique morale et intellectuelle ». — La chose est très vraisemblable, et pour les névropathes errants, cette conclusion semble applicable, mais il faut se garder de l'étendre à tous les vagabonds qui parcourent le monde.

A côté de cette étude neuropathologique, M. Meige a placé une critique de la légende du *Juif Errant*, et il s'est attaché à démon-

trer que celui-ci pourrait bien n'être qu'une sorte de *prototype des Israélites névropathes pérégrinant de par le monde.*

Les plus vieux textes concernant ce personnage légendaire connu de tout le monde, semblent en effet prouver que Ahasverus ou Cartophilus était atteint de la même maladie que les malades de la Salpêtrière. — La tradition populaire et l'amour du merveilleux en ont fait un mythe dont il n'est pas difficile de reconstituer les origines.

« A certaines époques de sa vie, écrit Matthieu Pâris en 1571, il fait une maladie qu'on croirait incurable : il est *comme ravi en extase ;* mais, bientôt guéri, il renaît. »

Et cette autre phrase de Collin de Plancy : « Pendant un mois, il s'obstine à repousser tout aliment ; mais chaque nuit le sommeil rétablissait ses organes. » — On ne peut s'empêcher en lisant ces lignes de songer aux extases et aux longs jeûnes des hystériques du moyen âge.

Enfin, pour compléter cette étude d'exégèse et de pathologie rétrospective, M. Meige a recueilli tous les portraits connus du Juif Errant. Tous présentent des caractères communs typiques ; et il faut bien reconnaître que les plus anciens sont aussi les plus frappants, aussi peut-on croire à bon droit que ce sont là, non des compositions d'un artiste fantaisiste, mais l'exacte reproduction des névropathes voyageurs qui couraient le monde et que le peuple s'imaginait être des apparitions du Juif Errant.

Un coup d'œil jeté sur les dessins faits par l'auteur de deux de ses malades : Moser B.., dit Moïse, et Gottlieb M... et sur les reproductions des plus vieilles estampes figurant le Juif Errant, fait bien ressortir ces analogies de facies et d'habitus extérieur.

« Le Juif Errant existe donc encore aujourd'hui ; il existe sous la forme qu'il avait prise aux siècles passés. Sa figure, son costume, ses manières conservent les mêmes caractères à travers les âges. C'est que ce mystérieux voyageur est un malade ; ce qui nous frappe en lui, c'est précisément le cachet spécial que lui imprime sa maladie et qu'on retrouve dans toutes ses apparitions. — Cartophilus, Ahasverus, Isaac Laquedem, relèvent de la pathologie nerveuse, au même titre que les névropathes voyageurs de la Salpêtrière. »

J.-B. Charcot.

VARIA.

LA MORTE-VIVANTE

Un des faits les plus curieux, en France, de catalepsie : est celui de la morte-vivante d'Origny-Sainte-Benolte.

Cette femme, âgée d'une trentaine d'années, fille et sœur d'hystériques, a éprouvé, dans sa jeunesse une grande frayeur.

Ayant accouché subitement, en pleine campagne, son enfant a été tué en venant au monde, et, à la suite de cet incident, les mauvaises langues du pays ayant prononcé, assez haut pour qu'il fût entendu du parquet, le mot d'infanticide, une instruction judiciaire fut ordonnée.

A la vue des gendarmes, la jeune fille ressentit une telle impression qu'elle tomba en attaque et s'endormit. Depuis, elle ne s'est jamais réveillée!

Pendant les deux premières années, la malade fut soignée par le médecin du pays, qui appela à la rescousse, mais inutilement, nos sommités médicales, M. le Dr Charcot en tête. Les aspersions d'eau froide, l'éther, les antispasmodiques restèrent inutiles et sans effet.

De tous les points de la France, les docteurs arrivèrent et l'un d'eux, médecin à Lorient, qui avait eu, paraît-il, un cas analogue dans son service, formula le pronostic suivant : le jour où la malade se réveillera, son réveil sera suivi aussitôt de sa mort.

Inutile de dire que, depuis cette époque, aussi bien le médecin du pays que ceux appelés en consultation, ont dû renoncer à essayer de réveiller la cataleptique qui, passée à l'état de curiosité locale, est devenue pour sa famille un objet de rapport assez lucratif.

Etendue sur une couchette en fer et tenue dans un état d'excessive propreté, l'endormie d'Origny-Sainte-Benoîte avait l'aspect d'une personne en bonne santé et simplement endormie. La paupière, légèrement entr'ouverte, laisse voir les deux yeux retournés et dont on n'aperçoit que le blanc; quant à la mâchoire, elle est contractée et tous les efforts qui ont été faits pour desserrer les dents n'ont eu d'autres résultats que d'en briser plusieurs.

Dans ce corps inerte et réduit à l'état de véritable squelette, toutes les fonctions ordinaires de la vie s'accomplissent naturellement et, à l'auscultation, bien que très faibles, les mouvements du cœur sont réguliers et perceptibles.

Depuis dix ans, la morte-vivante d'Origny-Sainte-Benoîte n'est nourrie qu'à la sonde ou à l'aide d'injections de peptone. Inutile de dire que ce cas, unique en France, laisse bien loin derrière lui tous les accidents cataleptiques qui peuvent se produire de temps à autre. Bien que l'état cataleptique soit généralement de courte durée et, dans la plupart des cas, cesse de lui-même avec les causes qui ont pu le produire : hystérie, névrose, frayeur, violent chagrin, grande émotion, c'est toujours un état très alarmant et qui, même de courte durée, ne peut que produire de graves désordres.

La nutrition ne pouvant qu'être artificielle, devient nécessaire-

ment insuffisante et le jour où la machine humaine, revenue à la vie, veut se remettre en mouvement, les rouages intérieurs, qui se sont rouillés, ne fonctionnent plus. S'il en est ainsi pour quelques mois, à plus forte raison au bout de quelques années. (*La Justice*, 25 septembre 1893.)

Organisation d'une caisse de secours en attendant la création d'une société de patronage pour les aliénés nécessiteux sortant des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure.

Dans la séance du Conseil général du 12 avril 1893, M. Rœderer, au nom de la deuxième Commission, a donné lecture du rapport suivant :

« Messieurs, sur la demande de M. le Ministre de l'intérieur, et conformément au vœu formulé par le Conseil supérieur de l'assistance publique, la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure a émis un avis favorable à la création d'une société de patronage des aliénés sortant sans ressources des asiles des Quatre-Mares et de Saint-Yon. En attendant la constitution de cette société, la Commission de surveillance demande qu'il soit organisé immédiatement une caisse de secours alimentée par le pécule et les vêtements des aliénés décédés. Se rangeant à cet avis, votre deuxième Commission, d'accord avec M. le Préfet, a l'honneur de vous proposer de décider que les fonds provenant du pécule des aliénés décédés, et leurs effets, attribués jusqu'à présent aux asiles, seront désormais employés, par les soins de MM. les Directeurs, sous le contrôle de la Commission de surveillance, à secourir les aliénés nécessiteux qui sortiront des établissements de Quatre-Mares et de Saint-Yon. Pendant les cinq dernières années, ces fonds se sont élevés, en moyenne, à 1,682 fr. 86 par an, pour Quatre-Mares ; et 1,047 fr. 77 pour Saint-Yon. Pendant le même laps de temps, la sortie des malades indigents a été en moyenne de 58 par an pour Quatre-Mares et 58 pour Saint-Yon. » Le rapport est adopté.

Lettre de M. le Préfet aux Directeurs-Médecins de Quatre-Mares et de Saint-Yon.

Rouen, le 4 mai 1893.

« Monsieur le directeur, j'ai l'honneur de vous adresser ci-jointe une copie de la délibération par laquelle le Conseil général de la Seine-Inférieure a, en attendant la création d'une société de patronage pour les aliénés nécessiteux sortant des asiles de ce département, autorisé l'emploi, au profit de ces indigents, des fonds provenant du pécule des aliénés décédés et de leurs effets, attribués jusqu'à présent aux asiles. Je vous prie de vouloir bien assurer, en ce qui vous concerne, l'exécution de ces dispositions. Agréez, Mon-

sieur le Directeur, etc... Pour le Préfet en tournée de revision, le secrétaire général délégué, signé : F. Cauro. »

MM. les Directeurs-Médecins, conjointement avec la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure; vu la délibération du Conseil général en date du 12 avril 1893, statuant que « les fonds provenant du pécule des aliénés décédés, et leurs effets, attribués jusqu'à présent aux asiles, seront désormais employés par les soins de MM. les Directeurs, sous le contrôle de la Commission de surveillance, à secourir les aliénés nécessiteux qui sortiront des établissements de Quatre-Mares et de Saint-Yon », Ont pris les dispositions suivantes en vue d'assurer l'exécution de ladite délibération qui, n'ayant pas été frappée d'annulation, est devenue exécutoire à partir du 4 mai 1893, la session du Conseil général ayant été close le 13 avril 1893. (Article 47 de la loi du 10 août 1871.)

Règlement. — *Secours en argent :* 1° Il est institué une caisse de secours pour venir en aide aux aliénés nécessiteux des asiles de Quatre-Mares et de Saint-Yon; — 2° La caisse de secours est alimentée par le pécule des aliénés décédés et par les subventions qui pourront être accordées par le Conseil général. Le pécule des malades décédés depuis le 4 mai 1893 jusqu'à ce jour sera immédiatement versé à cette caisse, dont le receveur des asiles est constitué le trésorier. A l'avenir, les versements auront lieu dans les huit premiers jours de chaque trimestre; — 3° Les secours aux aliénés nécessiteux sont accordés, au moment de la sortie (provisoire ou définitive), par le Directeur-Médecin de Quatre-Mares pour les hommes, par le Directeur-médecin de Saint-Yon pour les femmes. Le secours peut être renouvelé sur l'avis favorable d'un membre délégué de la Commission de surveillance dans les trois mois qui suivent la sortie du malade, sans cependant que le total des sommes allouées au même malade puisse dépasser cinquante francs; — 4° Passé ce délai de trois mois, après la sortie, ou après allocation d'une somme de cinquante francs, les secours en argent ne peuvent plus être accordés que sur l'avis favorable de la Commission de surveillance; — 5° Le receveur ne peut conserver en caisse pour fonds de secours une somme excédant cinq cents francs. Le surplus des fonds de la caisse de secours sera placé en un livret de caisse d'épargne de Rouen. Lorsque par les apports qui seront faits successivement à la caisse de secours, le livret de cette caisse paraîtra devoir dépasser deux mille francs, MM. les Directeurs des asiles se pourvoiront aux fins d'obtenir, par application des articles 13 et 21 de la loi du 9 août 1881, que le compte courant de la caisse de secours soit porté à huit mille francs. Le receveur aura seul qualité pour verser les fonds à la Caisse d'épargne et les retirer en tout ou partie sur une autorisation de l'un de MM. les Directeurs; — 6° Les Directeurs-Médecins présenteront conjointement

chaque année au mois de janvier, à la Commission de surveillance, un rapport sur les opérations de l'année et sur la situation financière de la caisse de secours.

Secours en nature : 1° Il est formé dans chaque asile et sous la garde de l'économe de l'établissement un vestiaire alimenté avec le linge et les vêtements provenant des aliénés décédés; — 2° Indépendamment des secours en argent sus-énoncés, des secours en nature, linge et vêtements, sont accordés aux aliénés nécessiteux au moment de leur sortie, avec les objets provenant de ce vestiaire, et sur un bon du Directeur-Médecin; — 3° Les secours en nature peuvent être renouvelés sur un bon du Directeur-Médecin dans les six mois qui suivent la sortie du malade. Passé ce délai, les secours ne peuvent plus être accordés que sur l'avis favorable de la Commission de surveillance; — 4° Les Directeurs-Médecins présenteront conjointement, chaque année, au mois de janvier, à la Commission de surveillance, le relevé des secours en nature pendant l'année écoulée, et l'état de situation du vestiatre, dans chaque asile, au 31 décembre.

NOUVEL EXEMPLE D'UNE JEUNE DORMEUSE

Nous remarquons dans l'*Echo* du 17 courant, qu'un cas, semblable à celui rapporté dans un récent numéro de *The Lancet*, s'est produit en Prusse. C'est celui d'une jeune fille de vingt ans. Voilà six jours qu'elle dort, et il a été impossible jusqu'ici de la réveiller si ce n'est que pour quelques minutes et par des moyens d'irritation externes. Le caractère essentiel de ce cas est le même que celui que nous avons rapporté, et il est de forme cataleptique.

La pathologie de cette condition est très mystérieuse, mais il est peu douteux que l'attention sympathique n'arrive à perpétuer les symptômes. Les malades sont toujours très nerveux, et il semble qu'il existe là une idiosyncrasie nationale ou plutôt naturelle, car il paraît évident que chez les Slaves et les Celtes ces cas sont beaucoup plus communs que chez les autres peuples. La Salpêtrière, chez les Français, nos voisins, montre beaucoup de cas similaires, et dans notre pays même « *La jeûneuse du pays de Galles* » est devenue presque proverbiale. La jeune fille dont nous parlions récemment était Irlandaise, mais probablement de la même race.

Nous n'entendons pas souvent parler de cas semblables dans les pays nord du royaume et il est possible que la raison en est dans ce fait que le caractère apathique des gens s'oppose aux émotions extérieures. (*The Lancet*, 29 juillet 1893, p. 267.)

Nous nous permettrons de rappeler à cette occasion que nous avons l'un des premiers consacré tout un chapitre spécial

au sommeil des épileptiques et des hystériques et en particulier aux *attaques de sommeil*. Cela remonte à 1877 (*Iconographie photogr. de la Salpêtrière*). Depuis, cette question a fait l'objet de nombreuses publications. Quelques auteurs, par exemple, M. Barth, dans sa thèse d'agrégation, ont rappelé nos recherches antérieures, d'autres ont paru ne pas les connaître. C'est pour éviter pareil oubli que que nous faisons ce rappel. B.

FAITS DIVERS.

Brillant acte de courage. — Dimanche, à 5 heures de l'après-midi, M. Chevalier, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés d'Aix, a failli être victime de son dévouement, dans les collines du Grand-Arbois, près d'Aix.

A la pente la plus rapide, au contour le plus raide de la route des Martigues, et à quelques kilomètres du bassin du Réaltort, un mulet emporté entraînait à une mort certaine un homme, une femme et un garçon d'une quinzaine d'années, montés sur un véhicule dit « Jardinière ».

Le docteur se jeta courageusement à la tête de l'animal, et au moment où la jardinière allait s'effondrer en déployant une force énorme à le maintenir et à le ramener sur la route. Malheureusement, les guides se brisèrent dans ses mains, et, bousculé par le mulet qui tentait de reprendre sa course effrénée, M. Chevalier tomba et le véhicule lui passa sur la cuisse gauche, après lui avoir contusionné fortement la jambe droite.

Le conducteur avait été précipité de son siège et la femme et le garçon étaient traînés par le mulet, emporté de nouveau, lorsque heureusement la jardinière, aux trois quarts démantelée, buta contre un arbre de la route et arrêta net l'animal. La mère et l'enfant étaient aussitôt dégagés par un des amis qui accompagnaient le docteur et tous s'empressèrent autour de celui à qui cette famille doit certainement la vie. On espère que les blessures de M. Chevalier n'auront pas de suites fâcheuses. (*Le Petit Provençal*, 3 octobre 1893.)

— Nous enregistrons avec plaisir le récit de l'acte de dévouement de M. le Dr Chevalier, acte qui fait honneur et à lui et à notre profession.

Asile départemental des aliénés de la Charente-Inférieure. — Une place d'interne en medecine est actuellement vacante à l'asile

des aliénés de Lafond. La Rochelle (Charente-Inférieure). Outre le logement, l'éclairage, le chauffage et la nourriture, les titulaires nommés par le préfet reçoivent une indemnité annuelle de 800 fr. Pièces à fournir : extrait de naissance, certificat de bonnes vie et mœurs, certificat de scolarité. Les candidats doivent être munis de douze inscriptions avec certificats d'examen.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et mutations.* — Par arrêté du 24 juillet : M. le Dr Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans, a été admis à la retraite à partir du 1er août. — M. le Dr Fabre, médecin en chef de l'asile de Montdevergues, a été nommé médecin en chef de l'asile du Mans en remplacement de M. le Dr Mordret. — Arrêté du 27 juillet : M. le Dr Chaussinant médecin-adjoint de l'asile de Fains, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dijon en remplacement de M. le Dr Bellat, nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier. — Par suite des vacances qui se sont produites, nous espérons que M. Monod ne tardera pas, comme c'est son devoir, à annoncer l'ouverture d'un prochain concours pour les places de médecins adjoints.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Falcone (C.) — *La Corteccia del cervelletto-studi d'istologia a Morfologia comparate.* Volume in-4° de 223 pages, avec 4 planches hors texte. — Napoli, 1893. — Chez l'auteur, 77, via Duomo.

Montgomery (W.). — *Unilateral hpyertrophy of the face.* Brochure in-8°, de 13 pages, avec 4 figures. — Philadelphia, 1893. — *The Medical News.*

Piaraccini (A.). — *Contributo allo studio allucinagionis verbali psicomotrici.* Brochure in-8°, de 74 pages. — Noura inferiore, 1893. — Tipografia del Manicomio.

Sajores (Ch.-E.) — *Annual of the Universal Medical Sciences a yearly report of the progress of the general sanitary zciences throughout the World.* — Ouvrage composé de 5 volumes et illustré de nombreuses figures. 5 volumes in-8° cartonnés. — Philadelphie, 1893. — F.-A. Davis.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux. Ch. Hérissey, imp. 1093

Vol. XXVI. Novembre 1893. N° 81

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SUR UNE LÉSION SYSTÉMATISÉE DU CERVELET ET DE SES DÉPENDANCES BULBO-PROTUBÉRANTIELLES

PAR MM.

H. ROYET
Chef de clinique des maladies mentales

J. COLLET
Préparateur du cours de Pathologie générale

A la Faculté de médecine de Lyon.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un malade, du service du Dr Garel, dont l'observation clinique a été publiée par l'un de nous[1], alors son interne, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. Ce malade avait présenté la plupart des symptômes de la sclérose en plaques et, de plus, un tremblement des cordes vocales, symptôme décrit depuis quelques années comme à peu près spécial à cette affection. La nécropsie a montré une sclérose du cervelet avec lésions secondaires de la protubérance. Comme les cas de ce genre sont rares, et plus rares encore ceux accompagnés d'un examen microscopique de la protubérance et du bulbe, nous avons cru devoir rapporter le nôtre en détail. Il offre les plus grandes analogies avec celui qu'a publié autrefois notre maître, M. le professeur Pierret; il sera intéressant de rapprocher chemin faisant ces deux observations. Nous utiliserons cette occasion pour faire en quelque sorte une revue générale

[1] J. Collet. — *Le tremblement des cordes vocales et les troubles de la phonation dans la sclérose en plaques*, Février 1892.

des symptômes cliniques de la maladie et des lésions bulbo-protubérantielles qui l'accompagnent, d'après les documents dont on dispose à l'heure actuelle.

Grumel (Claude), cultivateur, âgé de cinquante ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 8 décembre 1886.

Son père est mort à cinquante ans, sa mère à quatre-vingts ans, de maladies indéterminées. Un frère bien portant. Un frère mort à vingt-deux ans d'accident; un autre frère mort pendant son service miltaire. Ni scrofule, ni syphilis. Pas d'alcoolisme. Il y a dix ans, auraient apparu des douleurs dans le cou; ce torticolis n'aurait disparu que depuis deux ans.

L'affection actuelle a débuté il y a dix-huit mois; les premiers troubles se seraient manifestés dans le membre supérieur droit, qui aurait été le siège de douleurs très vives. La paraplégie n'est bien marquée que depuis quinze jours.

Actuellement le malade chancelle, quand il se tient debout, s'il n'élargit pas considérablement sa base de sustentation. L'occlusion des yeux n'augmente pas manifestement la difficulté de se tenir debout. Il se produit parfois, au dire du malade, des contractures dans les muscles des membres inférieurs, surtout dans les mollets; mais à l'examen, ceux-ci, comme tous les autres muscles, ont la flaccidité normale. Les réflexes rotuliens sont manifestement exagérés, surtout à droite. Réflexes plantaire et crémastérien à peu près normaux. On ne peut produire l'épilepsie spinale.

Un peu de tremblement des membres supérieurs quand le malade étend les bras en avant, les doigts écartés, et quand il porte un objet à sa bouche. Les objets sont portés à peu près directement au but avec quelques légères oscillations.

Nystagmus ne se produisant pas quand l'œil est au repos, mais devenant manifeste à l'occasion des mouvements du globe oculaire. Troubles de la parole très marqués, n'existant que depuis quinze jours. La parole est lente et embarrassée, mais le malade prononce bien les syllabes qu'il veut prononcer, sans en oublier et sans en transposer. Aucun trouble de la sensibilité.

L'appétit et la digestion sont normaux; un peu de constipation. Pas de troubles de la miction. Rien aux poumons. Rien au cœur. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

26 *février* 1886. Œdème des pieds et des malléoles : Iodure de potassium, 2 grammes, pointes de feu.

Le premier examen laryngoscopique n'a été fait qu'en 1888, époque à laquelle M. Garel prit la direction du service.

13 *juillet* 1888. A l'examen laryngoscopique, pendant les phénomènes respiratoires, on constate un très large écartement des cordes vocales, qui disparaissent sous les bandes ventriculaires, sans que

celles-ci soient cependant hypertrophiées. Dans les tentatives de phonation, qui n'aboutissent, d'ailleurs, qu'à un résultat presque nul, on voit nettement se fermer la glotte interaryténoïdienne, alors que la glotte ligamenteuse reste largement ouverte sous la forme elliptique. Le malade ne peut articuler que des syllabes rauques et très rarement sonores. Les cordes vocales ne sont pas altérées dans leur coloralion.

23 *octobre* 1888. Depuis deux ou trois jours le malade peut émettre des sons beaucoup plus distincts, mais on voit que l'air passe dans le larynx à plein jet. Il y a épuisement très rapide, coulage de l'air.

15 *juin* 1889. Le malade a de la cystite avec urines purulentes et ammoniacales. Lavages de la vessie avec naphtol. Améloration très rapide.

16 *décembre*. Le malade a eu ce matin une selle involontaire.

Janvier 1890. Influenza pendant quelques jours.

Au début de l'année 1891, M. Garel, en examinant de nouveau le malade au laryngoscope, constate des oscillations des cordes vocales analogues au tremblement. A plusieurs reprises, pendant le courant de l'année, on s'assure de la persistance de ces mouvements.

Etat du malade en décembre 1891. — Le malade reste constamment assis sur une chaise roulante. L'écoulement de l'urine est constant. Pas d'incontinence des matières fécales. Pouls à 75. Nystagmus très accusé.

Le tremblement est beaucoup plus accentué qu'autrefois; les mains tremblent presque constamment. Ce tremblement s'exagère considérablement lorsqu'on dit au malade de porter la main à sa bouche. Pas de contractures, mais les jambes se raidissent par moments. Trépidation épileptoïde très nette, surtout à droite.

Troubles de la parole toujours très accusés; le malade ne peut dire que quelques mots à peine intelligibles. Au laryngoscope, on constate des oscillations à peu près continues des cordes. Elles se produisent aussi bien pendant l'ouverture que pendant la fermeture de la glotte. Pendant l'inspiration, les cordes se cachent derrière les bandes ventriculaires; on les voit alternativement apparaître, puis disparaître par le fait même du tremblement.

Ordonne-t-on au malade d'émettre un son, on voit les cordes se rapprocher l'une de l'autre en décrivant des oscillations, au lieu de se rapprocher franchement et d'un seul coup. Ces oscillations, sont irrégulières, à tel point qu'on ne peut en déterminer le rythme : elles ne paraissent pas en moyenne être plus de 60 par minute. Les oscillations des deux cordes ne se correspondent pas; à certains moments elles sont plus nombreuses d'un côté que de l'autre. Les cordes une fois juxtaposées pour la phonation, laissent entre elles un espace elliptique permettant un léger degré

de coulage; d'ailleurs, elles ne restent pas longtemps juxtaposées et s'écartent de nouveau en décrivant leurs oscillations. Quand on dit au malade de tenir le son un peu plus longtemps, il répond qu'il ne peut pas.

La dilatation de la glotte pendant l'inspiration est beaucoup plus grande qu'à l'état normal, et le regard plonge profondément dans la trachée. La muqueuse du larynx est de coloration absolument normale.

Lorsqu'on essaye de faire rire le malade, on ne peut obtenir l'inspiration éclatante signalée par Leube, Lœri, etc., ce qui s'explique, d'ailleurs, par l'énorme dilatation de la glotte.

La langue présente un tremblement très évident, mais le malade peut la tirer parfaitement au dehors.

On conviendra que tout, dans cette observation, était en faveur de la sclérose en plaques : tremblement, trépidation épileptoïde, troubles de la parole, etc. En janvier 1892 le malade succombe au bout de quelques jours à une petite épidémie de grippe qui s'était déclarée dans la salle. Nous ne voulons rapporter de son *autopsie* que ce qui a trait aux lésions des centres nerveux.

Le cerveau paraît absolument indemne : on ne trouve rien à signaler soit à la surface, soit sur les coupes. Mais, en examinant le cervelet on est frappé de la teinte jaune, anormale, qu'il présente; cet aspect se retrouve sur les coupes qu'on pratique dans son épaisseur; de plus sa consistance est augmentée, comme scléreuse.

La bulbe et la protubérance présentent aussi à la coupe la même consistance scléreuse; la moelle, d'aspect normal, divisée en plusieurs segments après incision des méninges, est placée avec le le bulbe et la protubérance dans le liquide de Müller. On a malheureusement négligé de faire l'examen microscopique du cervelet, se contentant de noter sa sclérose et sa teinte : cette lacune est regrettable car on aurait pu localiser dans l'écorce du cervelet les divers aboutissants des fibres olivaires.

Les pièces ont été portées au laboratoire de M. le professeur Pierret, et leur aspect macroscopique lui a immédiatement rappelé le fait qu'il avait autrefois observé. Notre maître a bien voulu nous guider dans l'examen microscopique de nos préparations, et c'est à lui que nous devons l'interprétation exacte des lésions qu'elles révèlent.

La *protubérance* est comme aplatie dans le sens antéro-postérieur, et on peut constater que cette diminution d'épaisseur s'est faite aux dépens du pont de Varole; le paquet des fibres des pédoncules cérébelleux moyens ne forme plus la saillie qu'on est habitué à trouver au-dessus du bulbe, au-devant des pyramides et les recou-

vrant en sautoir. Sur une série de coupes transversales de la protubérance on peut se convaincre du bien fondé de cette supposition.

Les pyramides qui paraissent intactes forment de chaque côté du raphé une forte saillie antérieure, immédiatement en dehors de

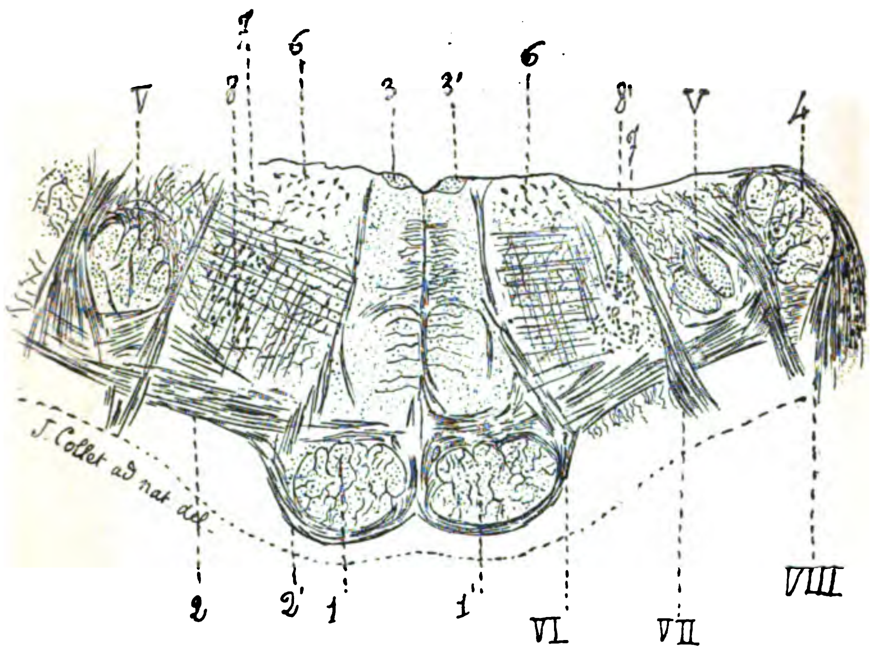


Fig. 35.— *Coupe au niveau de la partie inférieure de la protubérance:* elle montre son aplatissement antéro-postérieur, par suite de la sclérose des pédoncules cérébelleux moyens.

1, 1', pyramides; — 2, 2, pédoncules cérébelleux moyens atrophiés et sclérosés; — 3, fasciculus teres; — 4, corps restiforme; — 6, noyau commun du facial et de l'oculo-moteur externe; — 7, noyau propre du fascial; — 8, 8', olives supérieures intactes. — V, racine de la cinquième paire; — VI, VII, VIII, racines de l'abducens, du facial et de l'acoustique. — La ligne pointillée (destinée à remplacer la *fig.* 37) représente le contour antérieur d'une protubérance normale.

laquelle se trouve une forte dépression se prolongeant jusqu'aux racines antérieures de l'auditif. Le diamètre antéro-postérieur de la protubérance qui égale presque, dans les conditions normales, son diamètre transverse, est ici diminué d'un tiers au moins, comme on peut s'en rendre compte en jetant un coup d'œil sur la *figure* 37[1] (protub. normale), que nous avons placée en regard

[1] Cette figure a été remplacée par un simple pointillé ajouté à la *figure* 35, pour représenter les limites antérieures de la protubérance normale.

pour bien marquer cet aspect singulier qui ne se retrouve dans aucune autre lésion protubérantielle.

Toutes nos coupes ont été colorées au carmin acétique de façon à bien mettre en évidence le tissu de sclérose qui se détache en

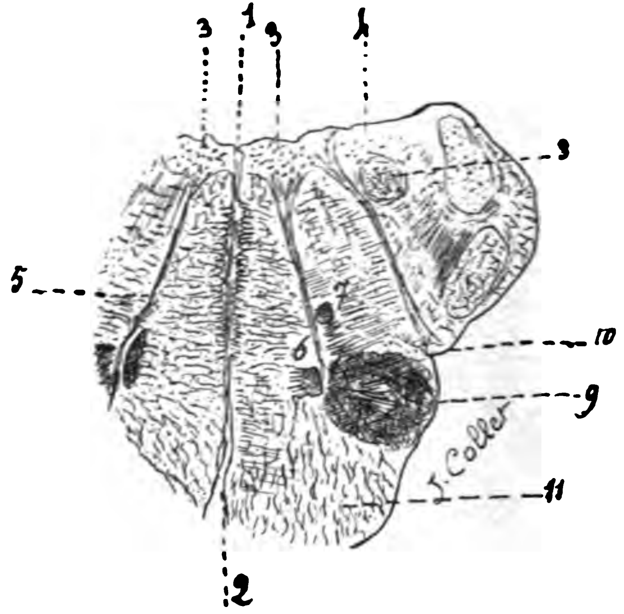


Fig. 36. — Coupe du bulbe à la partie moyenne des olives.

1,2, raphé; — 3, noyau de l'hypoglosse; — 4, noyau du pneumogastrique; — 5, tronc de l'hypoglosse; — 6, parolive antérieure; — 7, parolive postérieure; — 8, faisceau grêle de Pierret (slender column de Clarke); — 9, olive sclérosée; — 10, émergence du tronc du pneumogastrique; — 11, pyramide avec ses faisceaux conjonctifs antéro-postérieurs.

rouge, tandis que les parties restées normales prennent une coloration légèrement jaune ou rosée. On voit aussi une mince bande de tissu conjonctif dense passer au devant des pyramides; c'est tout ce qui reste des pédoncules cérébelleux moyens. On ne retrouve pas, disséminés entre les fibres, les riches amas cellulaires qui existent habituellement dans les couches antérieures des protubérances normales. Le tissu de sclérose s'infléchit entre les pyramides et gagne le raphé où il s'atténue peu à peu. Ces détails sont bien visibles sur la *figure* 35 où on aperçoit en 2-2' les pédoncules cérébelleux moyens sclérosés, en VII et VI l'origine apparente du facial et de l'oculo-moteur externe, émergeant au milieu du tissu sclérosé, mais sans présenter eux-mêmes d'altérations. On

peut constater aussi l'intégrité du noyau d'origine de l'oculo-moteur externe. En V se retrouve la racine ascendante du trijumeau, normale d'ailleurs. On remarquera aussi l'intégrité des olives supérieures en 8', du champ moteur, du corps trapézoïde.

Une autre coupe, passant par le bulbe, et intéressant la partie

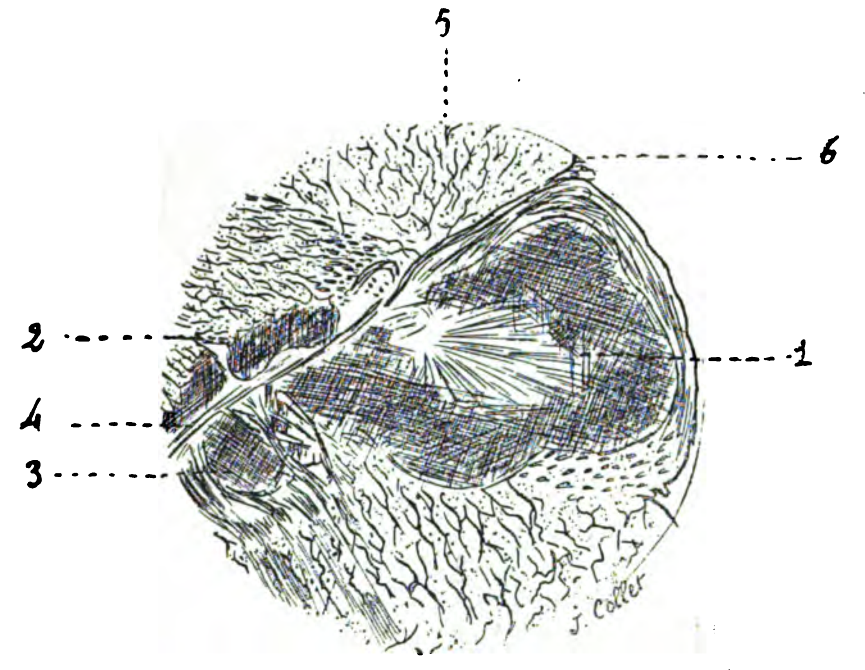


Fig. 37. — L'une des olives sclérosées, vue à un plus fort grossissement.
1, l'olive; — 2, parolive antérieure; — 3, parolive postérieure; — 4, tronc de l'hypoglosse; — 5, la pyramide; — 6, sillon préolivaire.

moyenne des olives, va mettre en évidence leurs altérations (*fig.* 36). On y reconnaît en 8 le faisceau solitaire de Stilling, en 9 l'olive malade, en 6 et 7 les parolives, en 5 et 10 les nerfs hypoglosse et pneumogastrique avec leurs noyaux en 3 et 4.

Nous avons deux particularités à signaler dans cette coupe du bulbe : l'intégrité des noyaux du plancher du 4e ventricule et la dégénérescence complète des olives et des parolives. Les olives sont envahies dans la région du hile par un tissu de sclérose dense qui se produit dans leur intérieur. A la périphérie des corps olivaires, au point correspondant aux cellules

qui forment la lame grise, plissée, la striation normale disparaît ; on ne retrouve plus qu'une masse homogène, vitreuse, fortement teintée par le carmin, dans laquelle il est impossible de reconnaître aucune disposition fibrillaire, ni aucun corps cel-

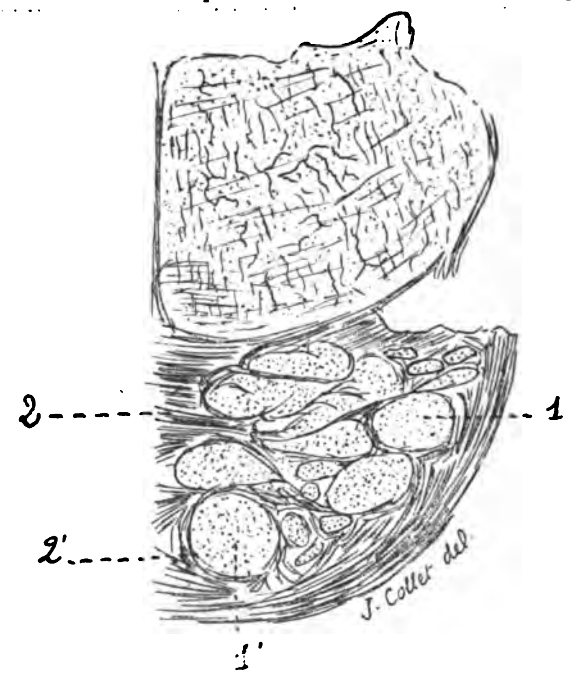


Fig. 38. — *Coupe au niveau de la partie supérieure de la protubérance.*

1, 1', faisceaux nerveux des voies pyramidales ; — 2, 2', faisceaux transversaux sclérosés.

lulaire. Il s'agit sans doute d'une lésion relativement ancienne. Les parolives sont représentées par deux petites masses, fortement colorées, ne contenant aucune cellule dans leur intérieur et présentant un bord irrégulier, formé par des franges du tissu de sclérose, se dirigeant vers le raphé, à travers le champ moteur. Cet aspect des olives et des parolives, identique des deux côtés, nous a paru tellement typique que nous avons représenté isolément l'olive et les parolives du côté opposé à un plus fort grossissement (*fig.* 37). On peut bien y constater les dispositions que nous venons de décrire, et voir l'hypo-

glosse serpentant au voisinage de l'olive dégénérée, sans présenter lui-même aucune trace d'altération, La coupe 2 permet de suivre tout le trajet intra-bulbaire de l'hypoglosse depuis son origine apparente jusqu'à son noyau ventriculaire dont la *figure* 38 montre l'intégrité absolue. Nous aurons à revenir plus loin, quand nous tenterons l'interprétation des symptômes sur cette intégrité absolue de la douzième paire, coexistant cependant avec le tremblement de la langue et les troubles de la parole. Le même contraste se retrouvait dans un cas décrit par par Meynert.

Sur une coupe au niveau de la partie moyenne de la protubérance, on est frappé ici encore par la sclérose des fibres transversales, fortement colorées, circonscrivant des espaces dans lesquels se trouvent les fibres normales qui sont au pied du pédoncule.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les lésions que nous avons décrites sur nos coupes successives du bulbe et de la protubérance, nous pouvons les résumer ainsi : sclérose des pédoncules cérébelleux moyens et des olives inférieures.

Les dégénérescences bulbo-protubérantielles consécutives aux lésions cérébelleuses sont depuis longtemps connues. En 1872, M. Pierret[1] a publié un cas type d'atrophie cérébelleuse, accompagné d'un examen microscopique de la protubérance et du bulbe. Ce cas et celui que nous publions ici offrent tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique de trop nombreuses analogies pour ne pas tenter de les rapprocher. Dans les deux cas, à la lésion cérébelleuse, étaient associées la sclérose des pédoncules cérébelleux moyens et des olives. Une série de travaux nous a renseignés sur la destination des fibres des pédoncules cérébelleux moyens : on ne les considère plus comme des commissures réunissant deux points opposés de l'écorce des hémisphères ; l'expérimentation (Marchi[2], etc.) et l'anatomie pathologique des cas où la lésion était localisée à une moitié du cervelet, nous les montrent franchissant la ligne médiane, pour se terminer dans les cellules nerveuses qui remplissent les couches antérieures de la protubérance. Dans son premier article sur l'atrophie cérébelleuse, et

[1] Pierret. — *Note sur un cas d'atrophie périphérique du cervelet avec lésion concomitante des olives bulbaires.* (*Arch. de Physiol.*, 1872.)

[2] *Archives italiennes de biologie*, t. XVII, p. 190.

plus récemment dans la thèse d'un de ses élèves[1], M. Pierret a longuement insisté sur la disparition de ces cellules nerveuses comprises à l'état normal entre les fibres des pédoncules cérébelleux moyens; ces cellules disparaissent également dans les vieilles lésions descendantes des voies pyramidales. Leur situation sur le trajet des fibres cérébelleuses et des pyramides, et cette double trophicité empruntée à la fois au cervelet et au cerveau, tendraient à faire admettre que leurs fonctions sont en rapport à la fois avec ces deux organes, qu'elles leur servent probablement d'intermédiaire. Cette hypothèse de M. Pierret, basée sur l'anatomie pathologique, s'accorde bien avec ce que nous savons de la physiologie du cervelet : on tend de plus en plus à la considérer comme un organe lié à la motricité, et à lui refuser un rôle sensitif, contre lequel plaide l'extrême rareté des troubles de ce genre dans les lésions cérébelleuses. Les expériences de Flourens[2] et de Lussana qui en faisaient le centre coordinateur des mouvements ou le régulateur de l'équilibre locomoteur, celles plus récentes de Luciani[3], qui le considèrent comme le centre du tonus musculaire, ne nous apprennent rien de précis sur la voie par laquelle s'exerce cette coordination ou ce tonus. L'hypothèse que la communication entre ces deux grands systèmes se fait au niveau des cellules grises de la partie antérieure de la protubérance est suffisante : plus on remonte vers ces parties supérieures, plus on voit augmenter l'intrication des fibres verticales ou pyramidales avec les transversales ou cérébelleuses : c'est la continuation de processus de connexion cérébelleuse avec le système pyramidal, mettant en relation la masse du cervelet avec les conducteurs émanés du système cérébral.

Enfin, dans notre observation, comme dans celle de M. Pierret, il y avait sclérose des olives. Les relations des olives et du cervelet sont bien connues et aujourd'hui indiscutables : leur lésion a été décrite en détail dans l'observation de M. Pierret; nous ne reproduirons pas cette description analogue à la nôtre il a seulement trouvé quelques corps cellulaires ratatinés, tan-

[1] Brosset. — *Contribution à l'étude des connexions du cervelet.* Thèse de Lyon, 1890.

[2] *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux.* 2e édit. Paris, 1842.

[3] Luciani. — *Linee generali della fisiologia del cervelletto.* (*Riv. sperim. di med. leg.* N° 1-2, 1884.)

dis que dans notre cas il n'en restait aucune trace. On sait que les olives dégénèrent dans les lésions atrophiques du cervelet ; ce rapport est encore confirmé par l'expérimentation qui a permis de constater la sclérose des olives après ablation du cervelet. La question devient moins nette quand il s'agit de préciser exactement la *voie* et la nature de ce rapport. On connaît la théorie de Meynert[1] et Huguenin[2] qui fait passer par les olives et relayer dans leur substance grise, les fibres qui se rendent des corps restiformes, aux cordons postérieurs. Edinger n'admet comme prouvées que les fibres décrites entre les olives et les corps restiformes, restant sur la réserve pour les prétendues fibres allant des cordons postérieurs à l'olive : elles ne feraient que la traverser sans entrer en connexion avec elle. Schwalbe, Flechsig, Marchi, battent en brèche la théorie de Meynert et Huguenin, et Bechterew[3], tout en admettant que les olives sont des organes destinés à recueillir les sensations tactiles pour les transmettre au cervelet, ne s'accorde pas avec Meynert sur le point où se fait le croisement de ces fibres ; il pense qu'il a lieu plus haut, dans le cervelet. En somme, si un fait reste bien établi, c'est le rapport entre une moitié du cervelet et l'olive du côté opposé, le trajet des fibres qui les relient est encore discuté. Nous affirmons seulement la parfaite intégrité de la couche interolivaire postérieure du raphé. Or, précisément, cette intégrité, mise en opposition avec l'atrophie des pédoncules cérébelleux moyens, la disparition des riches amas cellulaires antérieurs de la protubérance et la présence de tractus de sclérose cloisonnant la pyramide dans le sens antéro-postérieur, permet de se demander si nous n'avons pas là, tout tracé, le trajet qui relie normalement le cervelet aux olives, trajet que la lésion aurait simplement souligné. Dans cette hypothèse, que l'examen anatomique du cas que nous publions paraît autoriser, c'est par les pédoncules cérébelleux moyens et non par les inférieurs que se ferait la communication entre le cervelet et les olives et les amas cellulaires disséminés dans la partie antérieure de la protubérance serviraient de relai ou d'intermédiaire entre ces deux organes.

[1] Meynert. — *Stricker's Haundbuch*. Bd XII, p. 768.

[2] Huguenin. — *Anatomie des centres nerveux*. Trad. Keller. 1879.

[3] Bechterew. — *Rapports fonctionnels des olives inférieures avec le cervelet et leur rôle dans le maintien de l'équilibre*. (*Arch. für die gesammte Physiol.* XXIX, 257.)

Un dernier fait que nous tenons à signaler au point de vue anatomo-pathologique, c'est l'intégrité des olives supérieures, à l'inverse des olives bulbaires. Il était naturel de supposer qu'elles forment avec le corps trapézoïde et les nombreuses cellules dont nous parlerons plus haut, un système de connexion cérébelleuse et pyramidale. Nous n'avons rien trouvé dans la littérature au sujet des connexions des olives supérieures éclairées par l'anatomie pathologique. Il semblerait d'après notre cas qu'elles sont indépendantes du système cérébelleux, mais, d'après ce fait unique, nous ne voulons rien conclure. Edinger[1] admet que les olives supérieures sont entourées par des fibres émanées du corps restiforme du même côté, mais on ne sait pas s'il s'agit d'une terminaison partielle ou d'une simple contiguïté. Les rapports de l'olive supérieure avec les noyaux d'origine de l'auditif et de l'oculo-moteur externe, nerfs qui ont leur importance dans la statique du corps, nous expliquent mieux le rôle que joue ce petit centre dans le maintien de l'équilibre.

De nombreuses coupes ont été partiquées sur la moelle : elles ne présentaient absolument rien d'anormal, aussi nous avons jugé inutile de les reproduire ici. Ainsi donc tous les phénomènes de sclérose en plaques, que nous faisions remarquer en terminant l'exposé de l'observation clinique, ne relevaient d'aucune lésion médullaire, et c'est à la lésion cérébelleuse seule ou aux lésions secondaires qui en dépendent qu'il faudra demander compte de leur production.

Les mêmes analogies que nous avons trouvées au point de vue anatomique entre le cas publié par M. Pierret et le nôtre, se retrouvent sur le terrain de la clinique. Dans les deux cas, longue durée de la maladie; titubation cérébelleuse et maladresse des membres supérieurs; troubles de la parole; nystagmus dans un cas, dans l'autre, troubles oculaires qui pourraient se rapporter au fonctionnement des muscles de l'œil; convulsions et raideurs tétaniques persistantes se produisant par accès; tremblement semblant avoir lieu surtout à l'occasion des mouvements volontaires; phénomènes douloureux à la nuque dans un cas, dans l'autre céphalalgies; mais sensibilité intacte et absence de troubles trophiques; symptômes bilatéraux et sensiblement symétriques pendant toute l'évolu-

[1] Edinger. — *Anatomie des centres nerveux*. Traduction Siraud, 1889, p. 207.

tion de la maladie. — Nous allons rapidement passer en revue les principaux symptômes et tenter leur interprétation. Cette revue sera basée sur une vingtaine d'observations de sclérose actuellement connues.

Tout d'abord la titubation cérébelleuse et la maladresse des membres supérieurs pouvaient être prévues *a priori*. Ces symptômes d'incoordination sont communs à toutes les lésions cérébelleuses (ramollissement, tumeur, etc.), et nous les retrouvons dans la plupart des cas de sclérose. Dans son *Traité de diagnostic des maladies de l'encéphale*, où sont colligés les cas d'atrophie jusqu'en 1883, Nothnagel [1] s'attache à montrer la fréquence de ce signe et à en relever la trace même dans les observations qu'on cite habituellement comme des arguments contradictoires, parce que les troubles moteurs n'y sont pas suffisamment mis en relief. Quatre observations d'atrophie, celles d'Otto [2], de Fischer [3], de Verdelle [4] et de Lallement font exception à la règle, mais dans la première il y avait simplement diminution de volume de l'organe, sa structure normale étant conservée; dans la deuxième, l'absence d'examen microscopique pourrait légitimer une réserve analogue; dans la troisième, les incurvations rachitiques des membres empêchaient l'incoordination de se montrer; dans la quatrième, enfin, le vermis et un hémisphère étaient sains, ils pouvaient suffire à la coordination et Nothnagel cite précisément ce cas comme venant à l'appui de sa thèse sur la latence des lésions des hémisphères. A ces rares exceptions près et quelle que soit d'ailleurs l'interprétation qu'on leur donne, il n'en reste pas moins démontré que la titubation et l'incoordination figurent au rang des symptômes les plus constants de l'atrophie cérébelleuse. Il n'y a là rien qui ne cadre avec ce que l'expérimentation nous a déjà appris (Flourens, Lussana, Luciani), aussi n'insistons-nous pas.

Le vertige est beaucoup moins fréquent; il constitue, avec les troubles de la vue et le vomissement, une triade symptomatique, fort connue dans les affections du cervelet, mais seulement dans celles qui, par l'augmentation de volume qu'elles

[1] *Traité de diagnostic des maladies de l'encéphale*. Trad. Keraval, p. 34 et suiv.

[2] Otto. — *Arch. für Psych. und Nervenkrankh.*, t. IV et VI.

[3] Fischer. *Id.*, t. V.

[4] Verdelli. — *Rivista clinica*, 1874. Maggio.

entraînent, restreignent la capacité de la cavité cranienne, et peuvent exercer une action à distance sur le centre bulbaire du vomissement, le nerf optique ou le sinus caverneux. Pour le vertige en particulier, sa rareté dans les lésions de déficit pures, comme l'atrophie, où sont si marqués les troubles de la coordination, montre l'indépendance relative de ces deux symptômes.

La même réflexion s'applique aux phénomènes douloureux (céphalalgie, douleur de la nuque, etc.) moins fréquents que dans les autres affections du cervelet. La malade de M. Pierret avait de fréquents maux de tête; ils sont notés dans le cas de Schultze[1]; la malade de Seppili[2] avait une douleur fixe à la nuque, cette douleur de la nuque se retrouve dans le cas de Menzel[3] et dans le nôtre où elle aurait duré plus de huit ans. Dans les autres observations, ces phénomènes douloureux étaient absents ou non mentionnés.

Quant aux troubles de la sensibilité proprement dite, nous en avons trouvé mention seulement dans l'observation de M. Pierret : « La malade se plaignait de ne pas bien sentir ce qu'elle tenait. » Dans toutes les autres observations, l'état de la sensibilité n'était pas mentionné, ou bien, et c'est le cas pour la plupart, il est dit expressément qu'elle était normale (cas de Combette[4], Duguet[5], Andral[6], Menzel[7], Brosset[8] et le nôtre), ou même d'une finesse extrême (Seppili). Il n'y a rien là qui doive nous surprendre; l'anatomie pathologique nous montre que le système sensitif, relégué qu'il est en arrière dans le bulbe et la protubérance, n'affecte pas de relations avec le système cérébelleux. Ses fibres sont dissociées par de nombreuses fibres venant du cervelet et se rendant direc-

[1] Schultze. — *Ueber einen Fall von Kleinhirnschwund mit Degenerationen im verlangerten Marke und Rückenmarke.* (*Virchow's Arch.* Bd CVIII, 1887.)

[2] Seppili. — *Sopra caso della atrophia del cervelletto.* (*Riv. sper. di freniatria*, 1879.)

[3] Menzel. — *Beitrag zur Kenntniss der hereditaren, ataxie und kleinhirnatrophie.* (*Arch. für Psychiatrie*, t. XII, 1890.)

[4] Combette. — *Journal de Physiologie de Magendie*, 1831.

[5] Duguet. — *Bulletin de la Société Anatomique.* Mai et janvier 1862.

[6] Andral. — *Clinique médicale.* Appendice, p. 37.

[7] Menzel. — *Loc. cit.*

[8] Brosset. — *Sclérose et atrophie du cervelet.* (*Lyon médical*, 20 avril 1890.)

tement à la partie antérieure de la protubérance, mais elles n'ont probablement avec elles que des rapports de contiguïté. Nous avons déjà dit plus haut quels adversaires avait rencontré la théorie de Meynert et Huguenin : quelle que soit la solution anatomique qu'on donne à cette question, l'ancienne théorie de Pourfour du Petit qui faisait du cervelet le siège du sensorium commun et l'aboutissant des cordons postérieurs n'est plus soutenable depuis longtemps. Le cervelet apparaît de plus en plus comme lié aux fonctions motrices.

Il nous reste maintenant à étudier une série de symptômes beaucoup moins communs dans la pathologie cérébelleuse, à tel point que, de par leur rareté, de par leur fréquence dans les lésions d'autres points de l'axe encéphalomédullaire, ils sont plutôt propres, dit Nothnagel, à faire repousser le diagnostic d'une lésion cérébelleuse qu'à mettre sur sa voie. Or, nous avons rencontré quelques-uns de ces symptômes dans plusieurs observations de sclérose cérébelleuse; ils se trouvaient à peu près tous réunis dans l'observation que nous publions; et, d'autre part, leur fréquence dans la sclérose en plaques, les erreurs de diagnostic auxquelles ils peuvent donner lieu, légitiment, croyons-nous, la place que nous leur donnons dans cette revue.

Le tremblement, par exemple, se trouve signalé dans l'observation de M. Pierret, où il était tel que la malade ne pouvait pas se servir d'une canne. Le malade de Meynert offrait des tremblements oscillatoires à l'occasion des mouvements volontaires. Même constatation chez celui d'Andral, chez le nôtre, chez celui de Schultze qui en offrait des traces. Dans quelques observations, il est dit que ce tremblement avait lieu à l'occasion des mouvements volontaires; dans la nôtre il semblait plutôt continu, mais seulement dans les derniers temps de la maladie. Il n'y a donc pas de caractère particulier qui puisse le faire distinguer de celui de la sclérose en plaques. Sa pathogénie n'est peut-être pas bien différente de celle attribuée au tremblement dans cette dernière affection; dans l'une et l'autre il s'agit de conducteurs nerveux cheminant au milieu d'un tissu de sclérose, que cette sclérose soit disséminée en îlots, ou qu'elle soit tout entière condensée sur la vaste commissure qui traverse les voies pyramidales.

Dans quatre observations, nous trouvons des altérations de la motricité du globe oculaire; strabisme bilatéral dans le cas

d'Andral; dans le cas de Menzel les yeux, dont les mouvements pouvaient s'effectuer dans tous les sens, se tournaient invinciblement à droite; enfin, dans le cas de Seppili et dans le nôtre, nystagmus, nouvelle analogie avec la sclérose en plaques[1].

Pour compléter cette analogie, mentionnons l'exagération des réflexes tendineux et les raideurs tétaniques, le premier symptôme noté dans les observations de Seppili, de Schultze, de Menzel, et la nôtre, le deuxième dans celles de Pierret et la nôtre, où il s'était accompagné, dans les derniers temps, d'une trépidation épileptoïde très facile à obtenir[2].

Nous abordons l'étude d'un signe qui est pour ainsi dire caractéristique de la sclérose dans les lésions du cervelet : les troubles de la parole[3]. Nous avons retrouvé ces troubles, si nets chez notre malade, dans les cas suivants :

Combette : parole difficile et bégayée;

Duguet : « les lèvres et la langue tremblent quand la malade est pour parler, à peu près comme chez les paralytiques généraux »;

Meynert[4] : balbutiement extrême sans que l'intelligence soit notablement troublée;

Huppert[5] : parole hésitante émise par saccades successives;

Verdelli : son malade n'a commencé à parler que tardivement; il bégaie;

Seppili : parole tremblante;

Pierret : embarras de la parole;

Schultze : « troubles très prononcés de la parole. Les mots étaient prononcés lentement et en hésitant, avec une articulation indistincte. Ce n'était pas cependant un type net de parole scandée; ce n'était pas non plus la parole qu'on observe dans l'atrophie du noyau de l'hypoglosse »;

[1] Parmi les affections du cervelet, l'atrophie ne paraît pas être la seule qui ait le privilège de s'accompagner de nystagmus. M. Caussade a présenté en 1889 à la *Société anatomique*, une tumeur du cervelet qui avait provoqué ce symptôme.

[2] V. Prince. — *Boston med. Journal*, 26 mai 92. Tumeur du cervelet avec exagération des réflexes.

[3] V. cependant Köhler (trav. analysé in *R. des Sc. méd.*, 1891). *Kyste hydatique du cervelet avec troubles de l'articulation.*

[4] Meynert. — *Wien. med. Jahrbuch.*, 1864.

[5] Huppert. — *Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten*, t. VII, p. 98-123.

Menzel : parole pénible, scandée, interrompue, comparable à celle d'un homme qui aurait de violentes douleurs abdominales; les mots sont brusquement émis, mais chaque mot est très nettement articulé.

Brosset : le malade ne prononce que des mots mal articulés, des sons lentement émis et fait entendre presque continuellement une sorte de grognement. — Dans ce dernier cas, évidemment, la parole se rapprochait davantage de celle qu'on note dans la paralysie glossolabiée; mais on vient de voir que dans plusieurs cas elle était scandée, émise par saccades, rappelant bien plus celle de la sclérose en plaques. Ajoutons que dans plusieurs de ces cas on a fait un examen microscopique de la protubérance et du bulbe; les noyaux du plancher du 4e ventricule, hypoglosse compris, ont été reconnus sains dans les cas de Pierret, de Meynert et le nôtre; on ne trouvait non plus rien à noter dans le trajet intrabulbaire du nerf. On peut se demander, puisque ces symptômes sont inconstants malgré leur fréquence, s'ils n'offriraient pas une indépendance relative vis-à-vis de la lésion cérébelleuse, et s'ils ne seraient pas dus à un facteur concomitant : les altérations des olives. En effet, les cas où les troubles de la parole étaient les plus marqués sont précisément ceux où on a noté une altération de ces petits centres (Pierret, Schulze, Menzel, nous-mêmes); dans les deux cas de Combette et de Verdelli, on note les troubles de la parole coexistant avec l'atrophie du cervelet, du *bulbe* et de la protubérance, et on peut présumer que les corps olivaires étaient aussi atrophiés. De pareilles constatations, si elles ne rencontraient pas d'arguments contradictoires, tendraient à nous ramener, en partie au moins, à la théorie de Schrœder van der Kolk sur les olives : se fondant surtout sur des analogies de structure, il les considérait comme des cervelets accessoires, en rapport avec l'hypoglosse, le facial et le trijumeau, jouant pour les nerfs de l'articulation des sons un rôle coordinateur analogue à celui que joue le cervelet pour les autres mouvements du corps. Cette théorie ne saurait tenir devant les progrès des localisations corticales, mais une supposition plus vraisemblable est celle qui, refusant aux olives tout rôle dans l'exercice physiologique de l'articulation des mots, accorderait à leur lésion, par simple action de voisinage, un rôle perturbateur de cette fonction. Cette deuxième hypothèse rencontre des objections sérieuses, d'abord dans l'intégrité

absolue des noyaux et des racines de l'hypoglosse, ensuite dans les cas comme celui de Lallement[1] où la sclérose bien nette d'une olive ne s'accompagnait pas de troubles de la parole, comme celui de Vulpian, cité par Laborde[2], ou une atrophie des pyramides antérieures s'accompagnait d'une sclérose manifeste des olives, et cependant la parole était restée parfaitement nette jusqu'à la mort de la malade. A citer encore contre cette théorie les cas où il y avait troubles de la parole sans altération des olives, ou du moins sans que cette altération soit mentionnée : il est vrai que ce dernier argument, d'ordre négatif n'a pas une grande valeur : le cas de Meynert est d'ailleurs le seul de cette catégorie qui soit suivi d'un examen microscopique du bulbe. Il serait peut-être prématuré de conclure, mais il n'y a provisoirement aucun inconvénient à rattacher les troubles de la parole au cervelet lui-même, organe coordinateur, et à faire cadrer les données nouvelles avec le rôle que lui ont prêté Luys et Jaccoud : on peut le faire avec d'autant plus de probabilité que dans les cas connus jusqu'ici de troubles de l'articulation avec sclérose olivaire, il y avait toujours sclérose concomitante du cervelet. Nous tenons bien à faire remarquer ce rapport entre la sclérose de l'organe et la dysarthrie qui ne se rencontre qu'à titre exceptionnel dans les autres affections du cervelet, comme s'il s'agissait d'une propriété spéciale à l'écorce cérébelleuse.

Dans cette revue rapide des symptômes de la sclérose cérébelleuse et des lésions bulbo-protubérantielles qui l'accompagnent, où nous nous proposions surtout de mettre en relief les ressemblances que présentait notre observation avec les cas jusqu'ici connus, nous avons dû forcément passer sous silence un dernier symptôme inconnu jusqu'ici, très nettement mentionné dans notre observation, et sur lequel nous désirerions appeler l'attention : le tremblement des cordes vocales. Dans le travail antérieurement publié par l'un de nous dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, nous rattachions ce symptôme à la sclérose en plaques, et nous arrivions même à le considérer comme à peu près spécial à cette maladie. Cette conclusion trop affirmative était en partie

[1] Lallement. — *Bulletin de la Société anatomique*. Avril 1862.

[2] Laborde. — *Traité élémentaire de physiologie*, p. 165. Nous n'avons pu trouver l'indication bibliographique exacte de cette observation de Vulpian.

motivée par la grande analogie symptomatique qu'offrait notre observation avec la sclérose en plaques, en partie par les travaux antérieurs que nous avions pu rassembler à ce sujet dans la littérature. Les quelques cas aujourd'hui connus où ce symptôme a été rencontré se rapportent à peu près tous à des observations de sclérose multiple du cerveau et de la moelle, recueillies en Allemagne par des cliniciens de valeur indiscutable.

La rareté des documents et l'état encore embryonnaire de la question ne nous encombreront pas d'un long historique. Nous devons à Leube[1] la première mention de ce symptôme. En décrivant trois cas de sclérose en plaques accompagnés de troubles laryngés, il en cite un où, à l'examen laryngoscopique on constatait que les cordes pouvaient parfaitement se juxtaposer; mais la glotte ne restait pas longtemps fermée ; elle présentait des alternatives de tension et de relâchement. L'auteur n'insiste pas davantage sur ce phénomène, et il faut arriver au mémoire de Lœri (de Budapesth), sur les *maladies du larynx dans leurs rapports avec les affections générales* pour retrouver une description détaillée du symptôme et un essai d'interprétation de sa pathogénie. Il s'agissait de deux cas de sclérose en plaques qui n'ont pas reçu, il est vrai, le contrôle de l'autopsie. Lorsqu'on priait le malade d'émettre une note, on voyait se produire, au moment de la fermeture de la glotte, de légers mouvements oscillants des cordes vocales. Ces oscillations ressemblaient à de très petites secousses fibrillaires. Le malade ne pouvait pas tenir le son longtemps, et était obligé de faire une brusque et bruyante inspiration qui montrait à son début des mouvements oscillants des cordes. En raison de la production de ce tremblement à l'occasion des mouvements volontaires du larynx et de son absence pendant le repos des cordes, en raison de sa coexistence avec les symptômes de la sclérose en plaques. Lõri l'assimile volontiers au tremblement intentionel des membres, caractéristique de cette affection. Récemment Krzywicki[2] donnait la relation d'un cas de tremblement des cordes vocales observé chez une malade qui présentait tous les signes rationnels de la sclérose multiple. L'observation n'était pas accompagnée d'autopsie.

[1] Leube. — *Deutsche Arch. f. Klinische Medicin*, 1870 et 1871.

[2] Krzysvicki. — *Intentionstremor der Stimmbäuder*. Anal. *in Centralblatt für Medicin. Wissenschaft*. 1892.

Mais ce tremblement des cordes vocales n'a pas été décrit uniquement dans la sclérose en plaques. Hermann Krause[1] l'a vu dans la chorée, alors que les cordes ne présentaient pas de grands mouvements, analogues aux mouvements choréiques, comme on aurait pu le supposer *a priori*. Il signale également un cas de paralysie saturnine avec tremblement des cordes qui coïncidait avec une parésie des adducteurs.

Enfin Herbert R. Spencer[2] a décrit sous le nom de nystagmus pharyngo-laryngien, un cas singulier de tremblement des cordes vocales, chez une jeune fille qui présentait depuis quinze mois les signes d'une tumeur cérébelleuse (nystagmus oculaire, vertige intense, céphalée occipitale, constipation, vomissements, tendance à la chute en arrière ou sur le côté). Le constricteur supérieur du pharynx, le voile et ses piliers étaient agités de mouvements isochrones à ceux des yeux et très rapides (180 environ par minute), tellement évidents que l'auteur a pu les enregistrer avec un appareil analogue au sphygmographe. La malade présentait des mouvements aussi nombreux des aryténoïdes, s'écartant et s'éloignant alternativement l'un de l'autre. Dans l'inspiration calme, l'élargissement était interrompu par ces contractions. Quand la glotte se fermait, les cordes parallèles et fixées l'une contre l'autre restaient très légèrement agitées jusqu'à ce que la patiente se remit à respirer. Le pouls battait à 100 par minute, coïncidence qui peut s'expliquer, comme on l'a fait remarquer, par une lésion du noyau du spinal qui contribue simultanément à l'innervation du cœur et à celles des muscles pharyngo-laryngés. La patiente a été suivie pendant deux mois; les mouvements ont toujours persisté. Nous trouvons ici, comme dans notre cas, un tremblement continu; il ne semble pas d'après la description de Spencer que ces oscillations soient exagérées par les mouvements du larynx; dans notre cas nous n'avons pu faire aucune constatation de ce genre : bien que notre attention ait été attirée sur ce sujet, nous n'avons pu surprendre aucune exagération à l'occasion des mouvements du larynx : il y a là quelque chose de plus qu'un tremblement intentionnel. Dans ces deux cas ils ne présentaient pas une fréquence identique ; ils étaient au moins trois fois plus nombreux dans le cas de Spencer : de

[1] Krause. — Travail analysé in *Journal of Laryngology*, juillet 1888.

[2] Herbert R. Spencer. — *Lancet* du 9 oct. 1886 et 16 oct. 1886. *Pharyngeal and laryngeal nystagmus.*

plus il y avait eu à un moment donné chez notre malade paralysie des thyro-aryténoïdiens; le reste de l'observation offre dans les deux cas de grandes dissemblances; enfin, l'absence d'autopsie, et, partant, de tout examen microscopique du bulbe, empêche de tirer de cette observation tout le profit qu'elle semble permettre.

Nous n'avons pas la prétention de donner ici une interprétation pathogénique de ce nouveau symptôme, d'autant plus que la diversité des affections dans lesquelles on l'a rencontré (chorée, intoxication saturnine, tumeur cérébelleuse), interdit de lui reconnaître dans tous les cas une cause identique. En ce qui concerne la sclérose en plaques, on peut, en l'assimilant au tremblement intentionnel, comme l'a fait Löri, invoquer pour éclaicir sa pathogénie l'interprétation du tremblement habituel dans cette maladie, à savoir « la longue persistance des cylindres axiles, dépouillés de leur enveloppe de myéline, au sein des foyers sclérosés » et la transmission irrégulière et saccadée des mouvements volontaires à travers des cylindres axes dénudés[1]. Dans la sclérose cérébelleuse on est autorisé à une explication différente, légitimée par l'étude des lésions secondaires de la protubérance. L'atrophie des pédoncules cérébelleux moyens, la disparition des nombreuses cellules nerveuses qui les mettent normalement en relation avec les faisceaux pyramidaux, la lésion en un mot de cette commissure qui rattache le cervelet, organe coordinateur, aux voies de conduction motrice en céphalo-médullaires, peuvent parfaitement expliquer le tremblement, plusieurs fois signalé dans la maladie qui nous occupe, comme elles expliquent les troubles de l'équilibre, etc. Cette interprétation générale du tremblement dans les affections cérébelleuses nous parait applicable à celui des cordes vocales, bien que nous n'ayons pu saisir la voie par laquelle s'opère à l'état normal la coordination de leurs mouvements, ni découvrir la trace de sa lésion.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil rétrospectif sur les faits que nous avons signalés dans cette étude, nous voyons qu'on peut rencontrer réunis dans la sclérose cérébelleuse l'exagération des réflexes, les raideurs tétaniques, les trépidations épileptoïdes, le tremblement, le nystagmus, les troubles de la parole, bref tous les symptômes habituels de la sclérose en plaques : ordinairement isolés ou au nombre de deux ou trois,

[1] Charcot. — *Leçons sur les maladies du syst. nerveux*, t. I, p. 267.

comme c'est le cas dans plusieurs observations, ces symptômes peuvent se présenter au grand complet, le fait que nous publions en est la preuve. Il est des cas où rien dans ce tremblement, ce nystagmus, ces troubles de la parole, ne peut déceler de différences avec le tremblement, le nystagmus ou les troubles de la parole de la sclérose en plaques. Le diagnostic ne peut se baser que sur la recherche des signes concomitants de l'affection cérébelleuse; or les plus connus, tels que les symptômes douloureux (céphalalgie, etc.), le vomissement, les troubles de la vue et de l'ouïe, manquent dans l'atrophie, qui ne s'accompagne d'aucun retentissement à distance, par augmentation de la pression intra-cranienne : il ne reste donc que la titubation et les troubles de la coordination qui puissent mettre sur la trace de cette sorte de sclérose en plaques d'origine cérébelleuse.

Nous croyons inutile de résumer sous forme de conclusions les quelques faits mis en lumière dans ce travail; nous nous sommes seulement proposé, après avoir apporté notre contingent à l'anatomie pathologique des lésions bulbo-protubérantielles qui accompagnent l'atrophie cérébelleuse, d'insister sur les difficultés de son diagnostic, et de faire connaître le symptôme nouveau révélé par l'examen laryngoscopique.

RECUEIL DE FAITS

PERVERSIONS SEXUELLES A FORME OBSÉDANTE;

Par MM. François BOISSIER et Georges LACHAUX,

Internes à l'Asile clinique (Sainte-Anne).

I.

Souvent les tribunaux ont jugé des hommes qui avaient publiquement ou devant des personnes déterminées exposé leurs organes sexuels. Parmi ces accusés, les uns manifestement inconscients étaient acquittés, d'autres jouissant ou paraissant jouir du libre exercice de leurs facultés, étaient

indistinctement condamnés. Ainsi se passaient autrefois les choses.

Le cas de ces délinquants n'inspira aucun écrit jusqu'à Lasègue, qui leur donna le nom d'*exhibitionnistes*. Plus tard les recherches et les travaux de M. Magnan ont complètement élucidé et défini cette étude[1]. Le mémoire de Lasègue fait l'histoire de catégories très diverses de malades, groupées en commun sous la même dénomination. De simples érotomanes obstinément postés, mais sans aucune manifestation impudique sur le chemin de certaines femmes, y prennent place à côté de déments séniles, de paralytiques généraux, d'épileptiques même, ayant, pour la plupart, très inconsciemment outragé la pudeur.

Dans le même ouvrage, enfin, nous rencontrons, signalé pour la première fois, un nouveau type pathologique bien plus intéressant et que le maître regrette d'avoir trop longtemps méconnu, Il est frappé de la forme *obsédante* et *impulsive*, de *l'irrésistibitité* du délit commis par des individus dont l'intelligence conserve son activité et dont la moralité générale est bonne. Il y a un trop éclatant contraste entre l'aspect raisonnable de l'inculpé et l'absurdité du fait accompli.

« L'instantanéité, le non sens reconnu par le malade de son « acte, l'absence d'antécédents génésiques, l'indifférence aux « conséquences qui en résultent, la limitation de l'appétit à « une exhibition qui n'est jamais le point de départ de lubriques « aventures; toutes ces données imposent la croyance à la ma- « ladie. » L'histoire qui précède ces lignes dans le travail de Lasègue, est celle d'un jeune homme intelligent, instruit, honnête et d'éducation soignée, qu'un étrange désir entraîne dans des endroits spéciaux, et une fois dans une église, ou devant des femmes qui prient il étale silencieusement la nudité de ses organes génitaux. L'auteur ne signalait pas tous les caractères de l'état d'obsession, mais il admettait l'un d'eux, l'impulsion; il ne reconnaissait pas l'incompatibilité logique de pareils événements avec la santé psychique et cependant ce dernier accusé et d'autres encore furent abandonnés par lui à la sévérité des magistrats. Il ne croyait pas à l'annulation complète de la volonté en présence de l'intégrité des facultés de l'esprit. Il y a donc une lacune dans l'exercice des fonctions cérébrales de tels hommes. C'est M. Magnan qui en a donné

[1] Magnan. — *Recherches sur les centres nerveux*. Paris, 1893.

l'explication dernière. Il a éclairci le mécanisme de cette anomalie; et depuis lors, nombre de malheureux ont été sauvés de l'emprisonnement[1].

Le processus de cette aberration est identique à celui des actes symptomatiques de tous les dégénérés obsédés. Le malade subit les mêmes angoisses que l'onomatomane à la poursuite du mot, que le dipsomane, que le coupeur de nattes et que leurs autres congénères. L'action répréhensible est précédée pareillement de la pénible mais inutile lutte avec soi; elle est suivie aussi d'un égal apaisement.

Même anxiété douloureuse, mêmes infructueux efforts, pour repousser l'implacable envie de découvrir ses organes génitaux. Vaincu enfin, le malade cède, rempli de honte, mais entièrement et profondément soulagé. Tout le combat se livre et la défaite arrive devant le contrôle lucide, mais impuissant de la conscience.

Le calme n'est donc reconquis qu'au prix de cet acte si simple et si bête, mais dont l'attrait incompréhensible, irréfléchi, prend des proportions énormes au point de faire endurer les tortures d'un désir affreusement impérieux. Il exige la détente sous peine de souffrances morales intolérables. « Cette perver-« sion de l'appétit sexuel, dit notre maître, est tellement obsé-« dante et pressante, qu'elle s'émancipe de l'influence modé-« ratrice des centres supérieurs pour arriver à l'acte irrésis-« tible[1]. » C'est donc bien un des «stigmates psychiques », un des éléments qui caractérisent le cortège symptomatique de la dégénérescence. C'est le signe qui dénote chez le malade une hérédité morbide certaine. L'exhibitionnisme peut être accompagné chez le même sujet d'autres phénomènes mentaux analogues, d'autres fois, à lui seul, il doit laisser craindre ultérieurement l'éventualite d'autres désordres.

Ou bien encore comme pour les autres troubles de cet ordre, l'accident est demeuré latent, existant en puissance, et semble dans ce cas avoir attendu, pour éclore, l'intervention d'une cause déterminante. Celle-ci pourra être le surmenage, les intoxications et toute la série des provocations secondaires. « C'est ainsi que l'acte réprimé par des efforts, devient irrésistible par un appoint alcoolique[2]. » Ce dernier mode est assez fréquent. Les exhibitionnistes dont nous parlons appartiennent

[1] Magnan. — *Op. cit.*
[2] Magnan. — *Loc. cit.*

donc au groupe des héréditaires syndromiques de M. Magnan. A ce point de vue, l'observation qui suit nous a paru démonstrative.

Joseph B..., âgé de trente-deux ans, est de taille moyenne, un peu maigre, mais régulièrement constitué et assez robuste. La figure est osseuse, les arcades zygomatiques saillantes. Les oreilles très écartées et désourlées n'affectent pas des proportions exagérées. Le nez est assez effilé, le regard doux, inquiet et indécis. Une barbe et des moustaches d'un châtain clair, régulièrement distribuées et bien fournies, encadrent des lèvres minces. Le front est bas sous une chevelure dense. La face présente un léger degré d'asymétrie.

Les tares nerveuses abondent dans les antécédents héréditaires de Bo... Le père, mort phtisique, était intelligent et rangé, mais d'un caractère emporté. Un oncle paternel est mort vésanique. La mère était un type de déséquilibration mentale. Migraineuse, inégale, d'une émotivité anormale, elle était la victime de toutes sortes d'obsessions et de craintes imaginaires. Une envie insatiable de connaître par le détail les affaires d'autrui et la tendance à s'immiscer à tout ce qui ne la concernait pas, faisaient d'elle une voisine insupportable. Elle avait conscience de son indiscrétion, mais elle ne pouvait s'en défendre. Exagérée dans ses sentiments affectifs, elle était torturée par la peur qu'il n'arrivât malheur à son fils aîné, dès que celui-ci la quittait; et les heures qu'il consacrait à ses travaux extérieurs étaient pour elles remplies d'angoisses. Vers la ménopause survinrent des accès de *dipsomanie* dont elle souffrit cruellement. De tout temps elle avait eu des intervalles de découragement et de tristesse sans motifs. Plus tard, enfin, à un âge déjà avancé, une endocardite rhumatismale favorisa l'éclosion d'un véritable délire mélancolique, et elle mourut à Ville-Evrard. Une tante maternelle du malade est morte à l'asile de Vaucluse après un long internement. Un frère utérin sujet à des attaques convulsives, s'est volontairement noyé. Un autre frère, l'aîné, est d'une intelligence remarquablement vive et pénétrante, mais d'une activité très méticuleuse et très scrupuleuse. Artiste distingué, auteur d'un ouvrage technique estimé, il recherche volontiers les débats et les polémiques en matière d'art ou de politique. Il prend à cœur dans les réunions publiques la poursuite des revendications qu'il croit justes. Les images optiques et la mémoire visuelle présentent chez lui une intensité d'impression et de durée très puissante, qui ont pour une grande part, dit-il, contribué à ses succès professionnels.

Notre malade paraît, au contraire, avoir toujours eu une intelligence beaucoup moins ouverte et moins judicieuse. C'est avec peine qu'il a appris à lire, son écriture est restée défectueuse; une idée abstraite demeure difficilement fixée dans sa mémoire. Il

déclare que, étant enfant, même après de sincères efforts, ses leçons étaient toujours mal sues. Comme son frère aîné, mais à un moindre degré, il possède une heureuse aptitude pour la perception et la fixation des couleurs, de la forme et des caractères extérieurs des objets. Aussi a-t-il aisément appris le métier de dessinateur, qu'il exerce avec habileté.

Le caractère de Joseph B... est perplexe et instable. Il n'est jamais bien où il se trouve. Il persévère peu dans ses entreprises, déménage à tout propos. Pour remédier à son indécision habituelle, il recherche sans cesse l'avis des autres ; aussi devient-il facilement le jouet des influences bonnes ou mauvaises de son entourage. Il se rend facilement compte de ses défauts et s'avoue heureux de trouver, dans l'énergie éclairée de son frère, un appui moral dont il ne saurait se passer. Notre homme n'est ni dipsomane, ni ivrogne, mais il n'a jamais osé repousser les propositions des camarades qui parfois l'ont poussé à boire avec excès, et tendent à abuser de la facilité avec laquelle il se laisse entraîner au plaisir.

Le langage de Joseph B... est assez correct, mais il a une tendance marquée à dénaturer sans raison les faits qu'il raconte. Il s'attribue parfois des actes de son frère, qu'il admire beaucoup, et exagère volontiers les mérites de celui-ci. Enclin à la tristesse avec paroxysmes passagers, il a toujours été sensible et émotif ; il pleure facilement ; ses yeux deviennent humides à la vue d'une personne qui verse des larmes, et il se contraint visiblement pour ne pas en faire autant. Malgré ces points défectueux, il vit assez largement du produit de son travail ; ses patrons, d'ailleurs, se montrent satisfaits de son ouvrage et ne se plaignent que de son inexactitude.

Les cinq années que le malade a passées sous les drapeaux se sont écoulées paisiblement sans le moindre incident. D'autre part, aucune extravagance ne lui a valu la défiance de ses proches ni de ses amis.

Le 3 mai 1892, Joseph B... entre à Sainte-Anne dans le service de M. Magnan. Il vient d'être arrêté pour avoir, au jardin des Tuileries, exhibé ses organes génitaux devant deux dames. Il paraît très inquiet et profondément attristé de cette mésaventure. Un peu effrayé au début de notre interrogatoire, il finit par faire d'un air très piteux le récit de son méfait. « C'est trop bête, conclue-t-il, mais je ne puis m'en empêcher. »

Se rassurant peu à peu sur notre compte, il décrit les angoisses, les « transes » qu'il a éprouvées au moment où, saisi par le désir d'ouvrir son pantalon, il a fait d'inutiles efforts pour repousser cette idée. Dans divers entretiens, nous apprenons des détails sur l'existence antérieure du malade. « Il n'en est pas, hélas ! à son premier exploit... Pas plus que les autres fois, il n'a eu la pensée de pousser plus loin les choses avec ces deux femmes ; aucune circonstance ne l'y invitait ; rien chez elles ne devait le tenter. »

B... n'agit pas en effet aiguillonné par les arriérés d'une trop longue continence. Il vit depuis longtemps maritalement et en très bonne intelligence avec une jeune femme qui, de son propre aveu, le satisfait pleinement. Sa vigueur génésique, très normale, ne réclame aucun subterfuge pour se donner carrière. La tentation est subite et semble naître de toutes pièces, comme le montre la dernière affaire.

Le malade flânait seul aux Tuileries, deux femmes à pas lents marchaient vers lui. Depuis un moment il les voyait et restait indifférent. Mais soudain il ressent un malaise, qu'il connaît déjà. Envahi par une formidable envie de montrer sa verge à ces dames, il hésite d'abord, il cherche à se reprendre et veut changer de direction. Le désir à chaque instant plus puissant, paralyse ses tentatives. Bien qu'il n'éprouve *in situ* aucune incitation fonctionnelle, il subit l'influence d'une attraction générale étrangement pénible. Une angoisse croissante étreint sa poitrine. Il sait que malgré lui il succombera. Ses tempes battent; un tremblement le secoue, la sueur perle à son front, sa respiration devient plus courte et saccadée. Cependant les femmes l'atteignent et le dépassent, sans qu'il ait encore fait aucun geste. Mais l'obsession est à son comble et trouble toutes les facultés du malheureux; elle absorbe toutes ses forces. Enfin, impulsivement emporté par elle, il passe devant les femmes, se jette sur un banc et étale au grand jour ses organes génitaux.

Aux tortures de tout à l'heure, succède immédiatement un apaisement immense. Mais les deux personnes effarouchées poussent les haut cris, les passants s'attroupent, les gardes arrivent, B... est arrêté...

En 1891, pour un fait pareil et accompli dans des circonstances presque identiques, le malade a déjà fait un long séjour à l'Admission de l'Asile clinique. Le petit drame avait eu lieu dans une rue peu fréquentée servant de passage à quelques femmes.

Grâce à la confiance tout à fait conquise, nous pouvons apprendre encore d'autres exhibitions de notre patient; mais celles-ci sont demeurées inconnues. Sur une grande route, un jour, il voit venir à lui une dame et lui montre sa verge sans rien dire... Combien de fois a-t-il commis le même méfait? « Une *quinzaine* de fois à peu près. » Voici la relation de son accident textuellement écrite par B... lui-même (l'orthographe seule est rétablie).

« *Quand ça me prend* je ne *peux résister*, je ne sais pourquoi, je me sens troublé et je tremble *resserré dans l'estomac*. Dimanche matin je me suis trouvé dans le jardin des Tuileries. Quand *ça m'a pris*, je voyais trouble et je n'ai pas pu résister de me mettre sur un banc et de me *débrailler*. Quand le garde m'a arrêté, il m'a mis en présence de deux dames qui ont dit me reconnaître pour leur avoir montré mes parties et on m'a mené chez le commissaire, et on m'a

reproché que j'avais fait voir mes parties et envoyé au Dépôt. Je ne sais pas combien de fois ça m'est arrivé au juste. Une fois dans une rue j'ai aperçu une dame, *je ne voulais pas me déboutonner*, et quand j'ai été près d'elle, je l'ai fait. »

Ces lignes ont été écrites par B... le jour même de son arrivée à l'Asile clinique. Il était encore alors dominé par la crainte d'une condamnation judiciaire. Il ne savait s'il devait voir en nous des agents de l'instruction ou des médecins; aussi hésitait-il entre une réticence prudente et le désir de paraître peu conscient et même amnésique, ce dont il était bon de tenir compte. Mais vite rassuré par notre attitude et bien fixé sur la nature bénévole de notre rôle, il n'a plus épargné les détails sur les péripéties de ses malheureuses luttes contre l'impulsion.

Nous devons observer qu'il a pu à diverses reprises, dans des périodes où son équilibre mental était meilleur, se soustraire, non sans souffrir, au dénouement habituel de ses aventures. Mais cette dernière fois, pour son malheur, « l'appoint alcoolique » ne faisait pas défaut. B... s'était laissé entraîner, les jours précédents, à boire des quantités d'absinthe qui, selon son expression, l'avait « énervé davantage ».

L'attitude de B... dans le service a été assez correcte. Abattu et découragé pendant la première semaine, il assistait cependant les infirmiers dans leurs occupations, et a vite repris son assiette ordinaire. Son caractère reste perplexe, inégal. Il lit, dessine un peu, se montre docile et doux, mais il s'inquiète toujours de la durée de son traitement. Il a peur qu'on ne le garde longtemps à l'asile, nous accable de questions au sujet de sa sortie. Quand son frère le visite, il le harcelle de la même manière et le supplie de demander au médecin son certificat de départ si impatiemment attendu. Son état est d'ailleurs satisfaisant, et les portes lui seront bientôt ouvertes. Son sommeil est bon, son appétit régulier. Rien d'anormal dans ses idées ou tendances n'imposent pour lui un plus long séjour.

Cette histoire demande peu de commentaires. Elle montre avec netteté l'obsession dans ses quatre phases : invasion subite du désir ; lutte douloureuse et angoissante ; acte irrésistible; soulagement complet. Elle est suggestive aussi, au même titre que celles des onomatomanes[1], au point de vue de l'opposition frappante entre l'insignifiance et l'absurdité du fait et les proportions débordantes de l'envie de l'exécuter. Il est à remarquer en effet que, aucun appétit de copulation, aucune

[1] Charcot et Magnan. — *De l'Onomatomanie* (*Archives de Neurologie*, 1892), et Magnan, *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série. Paris, 1893.

excitation génésique ne se produit chez notre malade. Il ne cherche pas comme le font d'autres exhibitionnistes, à « se frotter », pas plus qu'à se masturber, ni à se procurer un spasme érotique. Il se « débraille » et c'est tout.

Il n'est pas sans intérêt aussi de noter que, sauf des éléments défectueux du caractère, et quelques indices physiques il n'existe pas chez B... d'autres manifestations typiques de dégénérescence. Il n'a pas eu d'autres formes d'obsessions; il n'a jamais ébauché la moindre conception délirante, il n'est sujet à aucune superstition, à aucune « phobie ». Dans la sphère génitale même, pas d'autres tendances bizarres. Ses rapports sexuels avec sa maîtresse ne comportent ni exigences contre nature, ni appétits exagérés. Le cas est d'une grande simplicité. L'exhibition existe seule et son mode d'évolution dans l'espèce, suffit symptomatiquement pour permettre d'affirmer à une hérédité pathologique chargée. Elle doit de plus laisser redouter pour le malade l'imminence possible d'autres troubles épisodiques, s'il ne se tient en garde contre les causes capables de leur donner carrière. Pendant son séjour dans nos salles, l'isolement, les douches, un régime tonique, la régularité constante de la vie intérieure, en un mot l'hygiène physique et le traitement moral persévérants ont ramené chez B... un état plus égal et plus stable. Mais cette équilibration acquise aura pour se maintenir besoin d'un certaine protection. La durée et la solidité en sera inversement proportionnelle au nombre et à l'intensité des chocs et des influences nocives qui peuvent revenir à la charge, dans le tourbillon de l'existence extérieure. Le meilleure source de sécurité pour B... serait de demeurer sous la domination ferme et calme d'une autre intelligence mieux harmonisée que la sienne.

II.

Le second malade que nous avons suivi, présente avec le même caractère obsédant et impulsif, un autre genre de perversion. Il s'est livré à des actes de bestialité. M. Magnan a brièvement cité le cas de cet homme dans ses *Recherches sur les centres nerveux* (p. 351). Nous avons relevé et reproduisons *in extenso* son observation.

« On voit, dit M. Paul Moreau (de Tours)[1], traduire en justice

[1] Paul Moreau de Tours. — *Des aberrations du sens génésique.*

pour outrage public à la pudeur des gens surpris à polluer des chiens, des brebis, des vaches !... » Ces faits sont pourtant moins fréquents que le précédent dans la littérature psychiatrique; c'est dans les ouvrages de médecine légale (Tardieu) que l'on en rencontre le plus grand nombre. Encore sont-ils envisagés à des points de vue très divers. Le livre que nous venons de citer fait une étude générale mais courte de cette déviation sexuelle. Dans un très intéressant historique, l'auteur rappelle les actes de bestialité consacrés aux rites antiques de certains mystères païens, et fait mention des monstres, tels que le minotaure, dont la mythologie attribue la naissance à des accouplements contre nature, provoqués par la jalouse colère de Vénus. Nous ne trouvons pourtant pas d'allusion à l'origine des satyres, issus d'après les mêmes légendes des amours monstrueuses des bergers avec leurs chèvres dans les solitudes boisées d'yeuses des montagnes de la Grèce et du Latium. Mais revenons à nos malades. Ecartons d'abord tous les faits imputables à l'idiotie, à l'épilepsie, aux obtusions intellectuelles en général, que l'on trouve abondamment dans les travaux des médecins légistes. Rappelons, en passant, l'atroce férocité des lois du moyen âge, qui tuaient et brûlaient les gens inculpés de bestialité ; examinons seulement les dégénérés lucides coupables de tels actes.

Leur histoire clinique et psychologique est encore la même que celle de autres syndromiques. La forme angoissante et implacable de l'acte n'a pas échappé à M. Moreau, de Tours. « La perversion génitale, dit-il, poussée à son summum, enchaîne, annihile la liberté morale... Il y a désharmonie, anarchie véritable entre les diverses puissances intellectuelles, et l'impulsion devient irrésistible. » Mais l'auteur n'insiste pas sur les tentatives de défense, les efforts de répulsion du malade contre la tentation qui le harcelle. Les phases du début, son évolution douloureuse paraissent pourtant être des caractères importants. Ils permettent de classer plus aisément les faits, de les déterminer et de leur assigner dès l'abord le cadre auquel ils appartiennent.

Jules T... a trente-cinq ans. Il est le fils d'un père ivrogne. Le caractère de la mère était des plus bizarres. D'un aspect anxieux et affaissé, elle traversait de longues périodes de découragement, sans qu'aucune circonstance ait pu donner raison à ces accès de tristesse. Elle se plaignait habituellement de tout et

surtout d'elle-même. Scrupuleuse à l'excès, elle vivait avec la perpétuelle crainte de n'avoir pas suffisamment accompli ses devoirs religieux; aussi par instants se livrait-elle avec un acharnement inquiet et superstitieux à la pratique de ses dévotions. Plus déséquilibrée encore sur ses vieux jours, elle se montre terrorisée à l'idée qu'après sa mort, sa fille (déjà une femme) sera seule au monde et pourra devenir très malheureuse. Aussi se propose-t-elle d'empoisonner celle-ci avec du phosphore pour lui éviter cet abandon. Ce projet n'eut heureusement, pas de suite et elle mourut peu de temps après.

J. T... n'a jamais eu ni maladie grave, ni convulsions, ni troubles nerveux reconnus pendant son enfance. Son développement s'est régulièrement accompli. Dès qu'il a pu, il a déployé une activité assidue aux travaux des champs. Son entourage n'a jamais remarqué en lui aucune excentricité, aucune bizarrerie capable d'étonner personne. Cependant, de son propre aveu, il a été, dès son enfance et à plusieurs reprises, tourmenté par une incompréhensible envie de s'accoupler avec des animaux : à neuf ans, se trouvant seul à l'étable, il a eu des relations sexuelles avec une poule ; à treize ans avec une génisse; à dix-sept ans enfin avec une ânesse. Plus tard il a connu les femmes. Cet événement semble avoir pour un temps modifié ses instincts, les obsessions font trêve, ou plutôt, s'il en conserve encore de sensibles vestiges, il arrive aisément à les dominer. A vingt ans, il se marie, toujours résistant bien à toutes les tentations bestiales. Rien d'anormal ne se manifeste dans sa conduite, sauf quelques exigences originales dans ses rapports conjugaux, mais dont sa femme ne paraît pas s'être beaucoup effarouchée. Il ne montrait d'ailleurs ni animosité ni colère quand ses demandes irrégulières étaient repoussées.

Mais à vingt-sept ans un incident survient qui fait entrer dans une nouvelle phase l'histoire pathologique de J. T... Il commence à boire, y prend goût, et voit sous l'influence de cette habitude se réveiller son ancien penchant relatif aux animaux. Il repousse encore faiblement les premières atteintes. Mais très vite le mal reprend toute sa violence, et le terrasse encore dans les circonstances dont voici les détails : Le malade devait un jour amener au bouc, dans un village voisin, une sienne chèvre; il l'avait étendue dans un tombereau qu'il conduisait lui-même, assis sur une planche. La présence de cette chèvre allant au mâle lui causait un vague malaise, augmenté par la solitude de la route longue et déserte, et qui fait place à un furieux désir d'avoir des rapports avec la bête. L'envie prend dès le premier instant une intensité inouïe. Il cherche d'abord à se défendre, il essaie de penser à autre chose; il a peur de lui-même, il accélère la marche du cheval. Mais la tentation est si affreuse qu'il sent sa volonté s'égarer. Il lâche les rênes et se cramponne au bord du tombereau pour résister

encore. Les violents battements de son cœur l'ébranlent tout entier, sa poitrine « se resserre » douloureusement. « Il sent qu'il est tout pâle. » A ce trouble général s'ajoute une excitation génésique. Il est en érection. La situation devient tout à fait intolérable. A bout d'efforts il se couche au fond de la charrette, et, non sans peine, arrive à ses fins.

Nous lui demandons comment il peut, étant en puissance de femme céder à ce penchant pour les animaux. Il ne sait pourquoi. Cette fatale envie le saisit sans qu'il puisse y réfléchir, et devient tout de suite trop forte. » Il ajoute d'ailleurs que des sensations plus voluptueuses que celle des rapports licites accompagnent ces accouplements monstrueux. « Oh! certainement, dit-il, c'était plus fort. » Tous ces méfaits sont restés inconnus et T... n'en a jamais parlé à personne. Sa femme et ses camarades les ignorent. Il a eu le bonheur de n'être jamais surpris, et ce n'est pas ce qui l'a conduit à l'Asile clinique.

Jules T... a continué à s'alcooliser, et progressivement cet abus a donné essort à divers troubles dont l'hérédité avait préparé la base. Les épisodes se succèdent. T... a maintenant trente-cinq ans; après quelques périodes d'anxiété, d'insomnie, de cauchemars, il vient d'entrer dans un état tout à fait délirant, et arrive à l'Admission le 29 décembre 1891.

Depuis quelque temps il est particulièrement dégoûté de la vie et a fait une toute récente tentative de suicide. Il se croit coupable de méfaits importants, mais dont il ne se rend pas bien compte. Il se sent poursuivi par la justice. « Les gendarmes le recherchent, la guillotine est prête... »

... « Les bonapartistes, les cléricaux, aussi bien que le parti « ouvrier, tous le condamnent parce qu'il est indigne.. » Le souvenir de ses actes de bestialité demeure très net, ils sont pour une grande part dans les turpitudes qui attirent sur lui la juste colère de tout le monde. « On a dû apprendre qu'il les avait commis. » Il les déplore d'autant plus qu'il ne pouvait s'en empêcher.

Les phénomènes se transforment au mois de mars et prennent le caractère d'un délire polymorphe. Le malade entend la voix de sa mère, morte depuis longtemps; on l'appelle, on l'injurie.

En avril, sans perdre son anxiété, il devient ambitieux, sa personnalité subit des métamorphoses, il est « le fils naturel de Dieu ». Il est hanté par des idées de sorcellerie, parle de la « bande noire invisible qui tourmente les hommes. » En mai, T... passe dans un autre service et nous l'avons perdu de vue.

Cette observation nous montre encore bien clairement le même stigmate psychique : l'*obsession irrésistible*, permettant d'affirmer à première vue l'existence de l'hérédité morbide, que vient confirmer encore l'histoire des antécédents, et lais-

sans pronostiquer l'invasion éventuelle de nouveaux troubles épisodiques. Notre malade, comme on l'a vu, n'a pas échappé à ceux-ci.

L'acte est différent de celui du premier malade, mais le mécanisme est identique. Les malades de M. Moreau (de Tours) ont dû semblablement exprimer leurs souffrances[1] : « Des faits « ont pu être imputés, dit l'auteur, à des individus parfaite- « ment responsables, *au premier abord*, et qui pour toute « excuse alléguaient... une cause inconnue, mais impulsive, « irrésistible instantanée, à laquelle ils succombaient *malgré* « *eux* fatalement.

« Cherchant avec soin les antécédents de ces individus, on « trouverait bien vite dans leur histoire, une hérédité impla- « cable qui pesait sur eux. » Ce court passage contribue aux mêmes conclusions, et témoigne de la réalité de ces données que M. Magnan a définitivement mises en lumière, et dont il a édifié la théorie.

Dans l'évolution oppressive et pénible de ce débat dont l'inhibition de la volonté va croissant et que termine l'inévitable chute chez des hommes maîtres en apparence de leur intelligence, n'y a-t-il pas un intérêt psychologique[2] bien plus vif, une importance légale bien plus délicate, que dans l'acte stupide du dément ou du paralytique qui attentent à la pudeur dans le hasard d'un geste sans but ou pour montrer des « organes qu'ils croient en or[3] ». N'y a-t-il pas pas plus d'intérêt aussi que dans l'appétit lubrique, têtu et irraisonné de l'idiot, étranger à toute morale, ignorant des conséquences de ses actes, et plus aussi que dans l'impulsion tout aveugle et brutale de l'épileptique si purement automatique et machinale, qu'elle ne laisse même pas au malade le moindre souvenir de son passage.

La foule enfin, indulgente aux inconscients qu'elle peut parfois reconnaître, ne manque pas de se montrer féroce dans son indignation et sa vindicte contre les malheureux dégénérés, d'apparence raisonnable, qu'elle est incapable de juger. Ces malades pourtant n'ont-ils pas, autant que les autres, plus même, en raison de la conscience qu'ils conservent, droit non pas au blâme et à la vengeance, mais à la compassion et aux

[1] Cette phrase tirée de l'ouvrage déjà cité s'y trouve non au chapitre *Bestialité*, mais au chapitre *Profanation de cadavres*.

[2] Ribot. — *Mal. de la volonté*, p. 78.

[3] Ritti. — *Dict. des sciences médicales*. Article : *Exhibitionnistes*.

rique est seule atteinte, et la maladie s'éteint sur place. Dans le « grand mal » au contraire le trouble physiologique s'étend aux organes qui président au mouvement, à la moelle, aux centres psycho-moteurs, et l'étendue des phénomènes convulsifs et la variété des formes et des symptômes dépendent de la diversité des centres envahis et du degré de l'envahissement. Dans le vertige, les phénomènes ressemblent à ceux du somnambulisme, de certains états de rêve, de l'ivresse alcoolique; ce sont enfin ceux qui se manifestent après l'ablation des hémisphères cérébraux chez un animal : les centres locomoteurs de la moelle entrent en activité, et exécutent, sans le contrôle du cerveau, les mouvements plus ou moins compliqués qui leur sont habituels.

En un mot, dit M. Christian, on ne saurait trop répéter que, dans l'épilepsie, c'est le cerveau qui est primordialement et essentiellement affecté, et les troubles moteurs ne sont que consécutifs et secondaires. Faut-il aller plus loin dans l'interprétation de ces phénomènes obscurs? L'auteur du moins pense que cette tentative serait prématurée, et que, en ce qui touche la cause prochaine de l'épilepsie, la seule réponse que nous puissions faire est un aveu d'ignorance. R. de Musgrave-Clay.

XLI. Un cas de folie avec stupeur consécutive a l'hypnotisme provoqué; par M. J. Nolan. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1891.)

Ce cas est intéressant à plusieurs titres : d'abord il démontre que les pratiques hypnotiques ne sont pas toujours aussi inoffensives que l'on s'est plu à le dire; il est remarquable en outre : 1° par la longueur inusitée de la période de stupeur, durant laquelle la volition et la conscience étaient partiellement anéanties, et le sujet absolument irresponsable de ses actions; 2° par le caractère inaccoutumé des hallucinations; 3° par la tendance au suicide; 4° par le caractère rebelle de l'insomnie. R. M. C.

XLII. Un cas de perversion sexuelle; par le Dr Urquhart. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1891.)

Ce cas est assez banal au point de vue de la pathologie mentale, car il est absolument conforme à la description donnée par Krafft-Ebbing; mais il est intéressant au point de vue médico-légal, car les magistrats, chaque fois qu'ils ont devant eux un malade de ce genre, sont fort embarrassés. En effet, il est difficile, sinon impossible, d'interner dans un asile des sujets de cette catégorie en les déclarant aliénés; si on les acquitte, ils ne tarderont pas à se mettre en état de récidive (on sait que la loi anglaise, à l'inverse de la loi française qui ne punit que l'attentat ou l'outrage *public*

à la pudeur, est très sévère sur ce point) ; dans le cas dont il s'agit, le magistrat a, non sans hésitation, appliqué la peine d'un an d'emprisonnement avec travail forcé. M. Urquhart fait remarquer, avec raison, que, prononcée contre un malade de cette sorte, une condamnation est peut-être une solution, mais qu'elle ne constitue pas précisément le meilleur des modes de traitement.

R. M. C.

XLIII. Psychose et fièvre typhoide; par Klinke. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* N. F. III, 1892.)

Epidémie de seize cas. Chez les premiers malades, la èvre typhoïde exerça une influence heureuse sur l'état mental, puis elle aggrava l'état psychique, et la psychopathie reparut comme devant. C'est ce qui se passa ensuite chez les autres patients. P. K.

XLIV. De la genèse et du substratum anatomo-pathologique du délire de grandeurs dans la paralysie progressive ; par S. Kornfeld et G. Bikeles. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 3.)

La cause du délire des grandeurs, c'est une lacune du jugement commune à bien des hommes, mais exagéréedans la paralysie générale, en vertu de laquelle l'individu ne se rend pas bien compte de la multiplicité des efforts qu'exige un projet déterminé et de la série de travaux préparatoires, des plans subordonnés auxquels il doit être astreint pour mener à bien ce qu'il veut faire. La netteté de l'exacte corrélation des choses manque à l'intelligence. L'imagination intervient alors; elle embrouille la conception et supprime les facultés d'analyse. Les troubles de la mémoire et de l'éducation empêchent enfin l'utilisation efficace et légitime d'éléments certains.

Le paralytique est, en outre, très suggestible; aussi tient-il des propos contradictoires; il amalgame à son délire des idées tout à fait différentes, parce qu'il supprime l'enchaînement logique. Il rêve tout éveillé.

L'insomnie, fréquente chez lui, entretient un état de faiblesse irritable des facultés conceptuelles qui supprime la digestion psychique et la portée du jugement. Puis, il n'est pas rare qu'un accès de manie par suractivité mentale nourrisse ou provoque de nouvelles idées de grandeurs.

Cet ensemble de symptômes est dû à un trouble de la circulation de la lymphe cérébrale. De là des troubles de nutrition des cellules nerveuses, des modifications de l'innervation des fibres d'association et des centres physiologiques.

Etude comparative du mécanisme de l'euphorie (le malade se

croit bien portant parce qu'il est en démence), du mécanisme du délire de grandeurs (qui amène surtout de l'annihilation du jugement), du mécanisme de la forme dépressive. Quatre observations.

P. K.

XLV. RAPPORT MÉDICO-LÉGAL MOTIVÉ SUR L'ÉTAT MENTAL DE L'EXPÉDITIONNAIRE C. Fer. A. KRUEGER, par A. RICHTER. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 3.)

Héréditaire dégénéré; vésanie chronique caractéristique.

P. K.

XLVI. CRIME ET FOLIE CHEZ LA FEMME; par P. NÆCKE (*All. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 3.)

Série A. Aliénées provenant des établissements pénitentiaires.	51 observ.
Série B. Aliénées antérieurement condamnées ou devenues aliénées pendant l'instruction.	49 —
	100 observ.

Les femmes qui ne sont pas prédisposées aux psychoses ne deviennent guère folles par la prison, mais celles qui sont prédisposées deviennent folles parce que la vie de prison, en soi non pathogène, joue le rôle de la goutte d'eau qui fait déborder le vase trop plein. Le plus grand nombre des maladies mentales qui se produisent dans la prison a une origine antérieure.

Les psychoses des criminelles ont pour caractères : 1° la prédominance de la folie systématique primitive; 2° la fréquence relative de la démence idiopathique et symptomatique, et de la folie systématique aiguë; 3° la terminaison relativement fréquente par la démence. Il ne faut pas réunir en grand nombre les criminelles aliénées parce qu'elles sèment le désordre.

1° Si l'on construit de grands asiles spéciaux, il ne faut pas qu'ils contiennent plus de deux cents à trois cents malades de ce genre. Il faut un bon personnel bien payé, et encore aura-t-on de la peine à éviter les mutations fréquentes; 2° De petits asiles d'aliénés près les établissements pénitentiaires sont préférables; ils doivent permettre la réclusion et le fractionnement des malades, sous la direction d'un psychiâtre; 3° Des annexes pour criminelles près les asiles d'aliénés sont aussi une bonne chose, pourvu qu'ils soient organisés comme il vient d'être dit.

Nous recommandons le système n° 2.

On aura soin de bien diviser les malades, de les bien répartir, surtout les plus pernicieuses, même quand elles travaillent, de façon à empêcher les communications entre elles. La surveillance sera continue afin d'empêcher les évasions et l'onanisme.

Les réhabilitations des criminelles qui étaient aliénées au moment de l'acte délictueux s'imposent. Ceci fait, on agira à leur égard, même en ce qui concerne la sortie, comme à l'égard de toute aliénée. P. KERAVAL.

XLVII. CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC ANATOMIQUE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE PAR L'ÉTAT ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA MOELLE; par B. SCHLESINGER. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* NF. III, 1892.)

Observation de manie suraiguë; évolution foudroyante en quatre semaines. *Autopsie*. Dégénérescence marginale du faisceau pyramidal. Après une étude critique approfondie, l'auteur tend à croire à l'existence d'une myélo-méningite diffuse primitive, ou plutôt il croit que l'ensemble symptomatique a été l'effet simultané d'un seul et même agent nocif. La paralysie générale serait l'effet non de la forme de lésions matérielles, mais de leur constitution chimique. P. K.

XLVIII. UNE NEUROPSYCHOSE PÉRIODIQUE ENTÉE SUR UNE HYSTÉRIE DÉGÉNÉRATIVE; par W. S. GREIDENBERG. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* NF. III, 1892.)

Dégénérescence héréditaire; long isolement; excès bachiques et vénériens; hystérie avec accès périodiques de troubles nerveux et psychiques complexes associés. Perversion du sens génital (obsessions). P. K.

XLIX. LA DIATHÈSE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE; par G. R.-WILSON. (*The journal of Mental science*, janvier 1892.)

Le mot « diathèse » n'est peut-être pas très rigoureusement applicable à la conception de M. Wilson relativement à la paralysie générale. Son intention dans ce travail est d'insister sur l'importance, dans la genèse de cette maladie, des tendances héréditaires : « Peut-être, dit-il, peut-on aller jusqu'à reconnaître une diathèse « de la paralysie générale, une tendance organique vers cette maladie, la tendance héréditaire de certains types d'organisation cérébrale. » On ne saurait d'ailleurs résumer la thèse, très discutable, de l'auteur, plus nettement que dans cette phrase, où il a condensé toute sa théorie : « On naît, on ne devient pas, paralytique général. » R. M. C.

L. LA MANIE COMPREND-ELLE DEUX FORMES DISTINCTES DE FOLIE, ET DOIT-ELLE ÊTRE SUBDIVISÉE ? par GEORGE-M. ROBERSTON. (*The journal of Mental science*. Juillet 1890.)

Après des considérations historiques et cliniques dans lesquelles, faute de place, il nous est impossible de le suivre, l'auteur décrit

quatre formes de manie, que l'on peut logiquement ramener à deux variétés, ou à deux groupes : cette division est basée sur les différences symptomatologiques, lesquelles sont elles-mêmes dictées par la nature des tendances émotionnelles du sujet : le premier groupe comprend les cas de manie furieuse, *mania cum furore;* le second les cas de manie gaie, *mania cum hilaritate*. L'auteur constate lui-même que c'est là un retour, modifié par quelques idées modernes, vers les classifications anciennes, et notamment vers celle d'Esquirol. R. M. C.

LI. La propagation de l'aliénation mentale et des névroses qui lui sont connexes ; par S.-A.-K. Strahan. (*The Journal of Mental Science*. Juillet 1890.)

M. Strahan constate d'abord que, depuis trente ans, le nombre des aliénés dans le Royaume-Uni a augmenté dans la proportion de 1500 cas par an : il sait que la statistique s'est efforcée de montrer que ce chiffre n'était pas réel; mais même en lui donnant raison, et en supposant le chiffre exagéré, il croit qu'il faut néanmoins admettre une augmentation annuelle. Il insiste surtout, pour démontrer le fait, sur la fréquence croissante des suicides d'enfants, et des suicides d'adultes, admettant *a priori* que le suicide est un symptôme d'aliénation mentale : cela est probablement vrai, disons-le en passant, pour les enfants, chez lesquels le suicide paraît bien en effet l'indice d'une tare mentale nécessairement héréditaire chez eux; quand il s'agit des suicides d'adultes, la supposition est plus contestable, bien que certainement les troubles mentaux aient une laarge part dans la genèse de la mort volontaire

Quoi qu'il en soit, M. Strehan attribue presque exclusivement à l'hérédité l'accroissement, discutable dans ses causes, mais à peu près incontesté en effet, du nombre des maladies mentales, et il cherche les moyens de remédier à cet état de choses. Il en trouve deux : le premier, qui est lent et peu efficace, est l'éducation, qui renseignerait sur le danger d'une union avec des personnes frappées d'une tare mentale quelconque, le second consiste dans l'intervention de la loi, et voudrait empêcher le mariage des sujets suspects au point de vue mental : il va plus loin, et ne conclut à rien moins qu'à leur interdire non seulement le mariage, mais la procréation. Son raisonnement se résume de la façon suivante : puisqu'on prend des mesures légales pour interdire à un varioleux de donner la variole par contact, pourquoi ne pas interdire à un fou actuel ou virtuel de donner la folie par la procréation? La mesure proposée est efficace autant que radicale. Nous pensons bien toutefois que ce n'est pas encore elle qui remédiera au mal : pour que la solution d'un problème soit... une solution, il ne suffit pas qu'elle soit juste, il faut aussi qu'elle soit réalisable.

R. de Musgrave Clay.

LII. Note sur le cocaïnisme ; par Conolly Norman. (*The Journal of mental Science*, avril 1892.)

Les ravages de l'intoxication cocaïnique ont eu pour cause principale l'emploi de cette substance, comme agent de substitution ou de transition, pour soustraire les morphinomanes à leur poison habituel, et si ces ravages ne sont pas actuellement plus répandus, c'est qu'il s'agit d'un médicament dont le prix est resté assez élevé. Il faut bien savoir en effet que la cocaïne est encore plus attrayante que la morphine. Elle présente trois dangers principaux : 1° Son attrait insidieux; 2° la précocité de ses effets au point de vue mental ; 3° son pouvoir toxique qui est considérable, et qui, après un très court abus, détermine promptement des altérations des tissus.

Deux points intéressants sont à remarquer dans l'intoxication cocaïnique : 1° Une excitation génitale marquée, signalée par le docteur Stoker ; 2° la perte du sens du temps, observée par le docteur Clouston. Lorsque, à ces deux symptômes, vient se joindre la précocité des hallucinations, on peut, presque à coup sûr, diagnostiquer la cocaïnomanie. R. M.-C.

LIII. Le vélocipède dans l'aliénation mentale ; par C. Théodore Ewart. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1890.)

Dans un mémoire de plusieurs pages, M. Ewart insiste sur les services que pourrait rendre la vélocipédie dans les asiles. Il est certain qu'en provoquant un exercice qui met en jeu presque tous les muscles du corps, en permettant de parcourir de plus longs trajets que ceux qui pourraient être accomplis à pied, et par là, en multipliant les paysages et en offrant aux yeux et par suite à l'imagination des distractions plus nombreuses, le bicycle et les instruments de locomotion qui en dérivent (tricycle, tricycles omnibus à plusieurs places) peuvent être, chez les aliénés, d'un emploi fort utile. Avec de bons instruments et une surveillance suffisante, les risques d'accident sont négligeables ; le seul écueil, et il est aisé de l'éviter, c'est le surmenage. R. M.-C.

LIV. Recherches sur le sang et l'urine des aliénés ; par W. Johnson Smyth. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1890.)

On ne peut que résumer ici les principales conclusions de ce mémoire qui sont les suivantes :

A. — En ce qui touche le sang : Chez les aliénés on constate une notable diminution de l'hémoglobine ; 2° cette diminution atteint son maximum dans la démence secondaire ; 3° les variations du

chiffre de l'hémoglobine sont peu marquées dans la mélancolie, l'épilepsie et la paralysie générale ; dans cette dernière maladie toutefois on constate une proportion d'hémoglobine très élevée pendant les périodes d'exaltation très accusée ; 4° dans ces divers états mentaux, le nombre des globules rouges est au-dessous du chiffre normal ; 5° le chiffre des globules rouges atteint son minimum dans la démence secondaire, son maximum dans la paralysie générale : dans les autres maladies mentales, les variations peuvent être considérées comme insignifiantes ; 6° Si l'on tient compte de la densité normale du sang, du chiffre normal des globules rouges, de la quantité normale de l'hémoglobine qui en constitue l'élément lourd, on voit clairement que, dans les maladies mentales, où nous constatons que le poids spécifique du sang est plus élevé qu'à l'état sain, et où il y a une diminution des globules rouges et de l'hémoglobine, il faut nécessairement que le plasma sanguin ait une densité exceptionnelle ; 7° que le maximum de cette densité se rencontre dans la démence secondaire, comme d'ailleurs dans l'état sénile, où la mentalité va s'affaiblissant ; 8° que, dans l'épilepsie, la densité du plasma sanguin est variable, mais qu'elle augmente au moment des crises convulsives. — Enfin l'auteur pense qu'on ne saurait, chez les aliénés, attacher d'importance aux rapports numériques des globules rouges et des leucocytes, car ces rapports sont normaux le plus souvent, et quand ils ne le sont pas, l'anomalie n'a rien de caractéristique.

B. En ce qui touche l'urine : 1° au point de vue de la quantité, le maximum (et un maximum qui dépasse de beaucoup le chiffre normal) a été constaté dans la paralysie générale, et le minimum dans la démence secondaire ; il y a diminution dans la mélancolie ; — 2° la totalité des résidus solides atteint son maximum dans la paralysie générale, son minimum dans la démence secondaire, et varie très faiblement dans les autres cas ; 3° l'homme sain n'excrète pas plus d'urée que l'aliéné ; 4° dans la paralysie générale, l'épilepsie et la mélancolie, la quantité d'urée excrétée est à peu près égale ; elle est inférieure dans la démence ; 5° la quantité d'acide urique excrétée est augmentée chez les aliénés ; elle atteint son maximum dans la paralysie générale, l'épilepsie et la démence ; 6° le taux de la créatinine est plus élevé dans la paralysie générale, et la démence qu'à l'état de santé ; 7° il semble qu'il y ait, dans l'épilepsie, un léger excès d'acide phosphorique, mais cet excès est peu accusé. R. de Musgrave Clay.

LV. Sur le poids du cerveau et de ses différentes parties chez les aliénés ; par A. Mercier. (*The Journal of Mental Science*, Avril 1891.)

Mémoire très important (dans lequel pour la détermination des

parties constituantes du cerveau, on s'est conformé à la méthode de Meynert), mais qui est exclusivement constitué par des chiffres et des tableaux et qui demeure par là rebelle à toute analyse.

R. M. C.

LVI. Un cas de folie avec dilusions; par le Dr Keay. (*The journal of Mental Science*. Avril 1891.)

Cas dans lequel la guérison a été obtenue au bout de neuf années. R. M. C.

LVII. Richard et Symond, leur influence sur la médecine mentale; par D. Hack Tuke. (*The journal of Mental Science*, juillet 1891.)

Etude biographique sur deux médecins distingués, dont le preseul s'est directement occupé de psychiatrie, mais dont le second fut un psychologe éclairé en même temps qu'un praticien de premier ordre. R. M. C.

LVIII. Sur quelques vices d'articulation chez les enfants avec observations montrant les résultats de l'éducation par le système oral; par W B. Hadden. (*The Journal of Mental Science* janvier 1891.)

Etude intéressante, mais impossible à reproduire, puisque tout repose ici sur des défauts ou des progrès phonétiques qui ne peuvent passer d'une laugue dans une autre. R. M. C.

LIX. Le cancer dans ses rapports avec la folie; par Herbert Snow. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1891.)

Voici les conclusions de ce travail : 1° Les affections cancéreuses sont rares chez les aliénés; elles font presque entièrement défaut chez les sujets atteints de défectuosités mentales congénitales; 2° Le cancer n'augmente pas de fréquence chez les aliénés; 3° Il n'est pas rare de voir le cancer précéder et causer les troubles mentaux, indépendamment de toute production cancéreuse siégeant dans le cerveau : le cancer devrait être rangé parmi les causes reconnues d'aliénation mentale. R. M. C.

LX. La protection des médecins par la loi anglaise sur l'aliénation mentale; par A.-Wood Renton. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1891 et janvier 1892.)

Nous ne pouvons que signaler ce travail dont le compte rendu, pour être intelligible, nécessiterait l'exposé préalable de la législation et de la jurisprudence anglaises sur l'aliénation mentale, et des confirmations ou modifications qui y ont été apportées en 1889 et 1890. R. M. C.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XXIV. Contribution a l'anatomie pathologique du tabes dorsal; par A. Krauss. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIII, 23.)

A. Première série de quinze cas (étude clinique et anatomo-pathologique). Etude de la topographie des lésions dans les cordons postérieurs et dans la corne postérieure. Puis étude histologique des parties altérées et des nerfs périphériques.

B. Quelle est la lésion anatomique primitive du tabes? Sont-ce les éléments nerveux, est-ce le tissu conjonctif ou conjonctivo-vasculaire qui commencent? Etude comparative de la dégénérescence secondaire consécutive aux affections cérébrales et spinales. — *Conclusion :*

Nous tendrions à admettre que aussi bien dans les dégénérescences secondaires que dans le tabes le processus anatomique est identique. Pour des motifs inexpliqués (peut-être la plus longue durée du tabes que des dégénérescences secondaires), l'appareil connectivo-vasculaire est parfois plus fortement affecté dans le tabes que dans les dégénérescences secondaires. Mais, comme dans quelques cas de tabes il n'y a pas d'altération vasculaire, comme l'épaississement vasculaire existe à tous les degrés dans tous les autres cas, ce n'est pas là l'essentiel. Il nous faut donc en revenir au parenchyme et aux fibres nerveuses dont la déchéance entraîne consécutivement le développement du tissu interstitiel. Quant à l'allure de l'hyperplasie secondaire du tissu connectivo-vasculaire, elles dépendent parfois de causes générales (artério-sclérose antécédente bien que celle-ci soit souvent localisée, etc., etc.).

C. Relation des altérations anatomiques de la moelle avec les symptômes cliniques. Relation des parties des cordons postérieurs lésés avec chacun des symptômes cliniques.

C'est à la moelle seule qu'il convient de rattacher les symptômes du tabes. Mais on ne peut encore localiser avec certitude que la perte des réflexes patellaires; elle tient très probablement à la lésion de la zone d'entrée radiculaire postérieure, entre le segment thoracique et le segment lombaire de la moelle.

D. Comparaison des résultats de ce travail avec ceux des auteurs.

P. K.

XXV. De l'influence vaso-motrice du sympathique cervical; par le Dr Cavazzani. (*Riv. sp. di fren.*, t. XVIII, fasc. 2, 1892.)

Le système du grand sympathique dans la région cervicale con-

court à l'innervation des vaisseaux cérébraux, par des fibres vaso-constrictives et vaso-dilatatrices, les premières excitables directement par le stimulus électrique, les secondes par ce même stimulus conjointement avec celui de l'anémie. L'action vaso-motrice du sympathique dans les conditions ordinaires ne s'étend pas aux vaisseaux du cerveau, ou est très légère; tandis qu'elle est énergique, jusqu'à atteindre presque la crampe des vaisseaux, par le fait de stimulations mécaniques ou électriques. L'excitation des fibres vaso-dilatatrices est due à l'anémie plutôt qu'à l'abaissement de la pression dans les ramifications vasculaires. J. Séglas.

XXVI. Une nouvelle méthode pour exécuter des préparations sèches du cerveau; par L. Stieda. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Placer le cerveau frais entier dans une solution aqueuse concentrée de chlorure de zinc; y mettre autant de cristaux de chlorure qu'il en faut pour que le cerveau nage dans la solution. Le laisser ainsi vingt-quatre heures. On détache alors aisément la pie-mère. On place ensuite l'organe intact ou découpé dans de l'alcool à 96° qu'on renouvelle tous les cinq à six jours. Le durcissement est complet en deux ou trois semaines (l'alcool a alors chassé l'eau). On le soumet alors à l'action de la térébenthine pendant deux à quatre semaines. La térébenthine ramollit le cerveau, mais le rend clair et transparent, plus ou moins selon la couleur de la térébenthine. Finalement on le plonge deux semaines dans le vernis gras des peintres à l'huile. On laisse alors le cerveau à l'air pendant une ou deux semaines jusqu'à ce qu'il soit devenu complètement sec et qu'il ne soit plus huileux. On peut le couvrir d'un siccatif (vernis gras cuit). P. K.

XXVII. Quelques remarques sur les dégénérescences expérimentales du corps calleux et de l'écorce du cerveau; par Wl. Muratow. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Extirpation de la région motrice corticale chez le chien. Au bout de deux à trois semaines, on tue les animaux et on examine au microscope. On avait constaté auparavant de la faiblesse des mouvements et de la maladresse à se mouvoir. Voici maintenant les altérations relevées.

1° Intégrité de la commissure antérieure. — 2° Dégénérescence partielle des fibres du corps calleux. Si l'on examine les fibres de jonction d'une région déterminée de la zone extirpée à la région homonyme de l'autre hémisphère, on trouve qu'en avant de la scissure sigmoïde les fibres du corps calleux sont normales, en arrière, il y a dégénérescence de la substance blanche (blocs et boules de myéline en dissociation) sur toute la longueur des fibres.

— 3° Dans l'hémisphère gauche (opéré) les fibres commissurales qui relient certains endroits de l'hémisphére sont dégénérées. Les fibres propres de Meynert sont atteintes. — 4° A gauche, dégénérescence des fibres qui forment la couronne rayonnante et se dirigent en bas dans la capsule interne et les faisceaux pédonculaires. — 5° Sous le corps calleux, on peut distinguer un trousseau, coupé transversalement qui ne contient que des mottes de myéline. Ce trousseau est limité en haut par le corps calleux, en bas par le noyau caudé, en dehors par la couronne rayonnante (dégénérescence partielle systématique). — 6° A droite, mottes de myéline disséminées dans le corps calleux et dans les fibres qui probablement traversent le corps calleux pour aller à l'écorce. Intégrité des fibres propres sous-corticales et des fibres de la couronne rayonnante. Remarquables différences dans le nombre des mottes myéliniques des fibres sous-corticales entre les deux hémisphères.

P. KERAVAL.

XXVIII. LA COLORATION OSMIO-CUPRO-HÉMATOXYLIQUE. MÉTHODE DE WEIGERT ACCÉLÉRÉE, par H.-J. BERKLEY. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

Méthode recommandée pour les pièces tout à fait fraîches. La coloration persisterait deux ans quoique diminuant un peu d'intensité.

On prendra des coupes de 2 mill. 5, pas plus, mais aussi larges que l'on voudra. Durcir vingt-quatre à trente heures à 25° dans la solution de Flemming, puis, sans les laver, les plonger directement dans l'alcool absolu renouvelé deux fois dans les vingt-quatre heures suivantes. On les porte ensuite dans la celloïdine pendant douze à vingt-quatre heures. On pratique alors à l'aide du microtome Schanze des coupes très minces d'une demi-division de l'échelle. On lave à l'eau, on porte dans la solution cupro-acétique filtrée, on couvre, on laisse passer la nuit. On chauffe à un bain-marie de 35 à 40° pendant vingt-cinq à trente minutes; on laisse refroidir. On lave à l'eau très vite, finalement on plonge dans la solution d'hématoxyline ainsi préparée. (A 50 centimètres cubes d'eau distillée bouillie, on ajoute 2 centimètres cubes de solution de carbonate de lithine filtrée; on fait bouillir une minute et l'on ajoute 1 cent. 5 à 2 centimètres cubes d'une solution d'hématoxyline à 10 p. 100. Conserver bouché, utiliser froid.) Dans cette solution, les coupes restent quinze à vingt-cinq minutes au bain-marie à 40°. Après refroidissement, on lave à l'eau et l'on fait agir le liquide décolorant (borax et ferrocyanure de K.) pendant une à trois minutes.

Les fibres myéliniques sont noir bleues, la névroglie jaune, les cellules incolores ou noir brun avec leurs prolongements. P. K.

XXIX. CONTRIBUTION A LA QUESTION DES STRIES MÉDULLAIRES (*ou acoustiques, barbes du calamus*) DU BULBE; par W. DE BECHTEREW. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

Chez l'homme, elles n'ont rien à voir avec les fibres de l'acoustique. Il y a une différence entre leur volume et celui de ces dernières. Et du reste on voit très bien que les stries médullaires ne peuvent être le prolongement du rameau postérieur de l'auditif. Latéralement, le long de la face externe et supérieure du corps restiforme, elles passent par-dessus ce rameau postérieur, pour pénétrer, en dehors du tubercule acoustique, dans la substance blanche du cervelet dans le voisinage du lobule du pneumogastrique. En arrière d'elles, apparaissent les fibres de rameaux postérieurs de l'acoustique, non couvertes par ces barbes, sous la forme de trousseaux extrêmement délicats, grisâtres, qui tournent autour du corps restiforme, de dehors en dedans et de haut en bas, pour cesser à la limite interne de celui-ci dans le bulbe. Par contre, les stries médullaires sont des trousseaux myéliniques épais qui, généralement, vont de la limite externe du corps restiforme, jusque contre le raphé et tranchent d'ordinaire par leur couleur blanche. Il n'est pas rare de voir ces trousseaux abandonner résolument les fibres du rameau postérieur de l'auditif, déviant un peu avant et gagnant directement la région la plus proche de la substance blanche du cervelet. Les stries médullaires prennent naissance dans le voisinage du lobule du pneumogastrique et s'écartent de lui comme du tubercule acoustique, en dehors desquels elles vont. Dans le raphé du quatrième ventricule, elles s'entre-croisent et pénètrent la face antérieure du bulbe, en contournant de dedans en dehors et d'arrière en avant, la pyramide du côté opposé, pour gagner les fibres antérieures du côté opposé du bulbe. On ne peut pas bien saisir leurs rapports avec le raphé, avec la substance grise du raphé en relation avec la substance grise de la protubérance. Mais on sait, à n'en pas douter, qu'elles n'ont aucune attache avec le pneumogastrique, le glosso-pharyngien, le trijumeau. Il y a lieu de douter qu'elles se rattachent au tubercule quadrijumeau postérieur. Il est probable qu'elles servent à unir les segments de la base du cervelet. Si elles prennent leur origine dans le voisinage du lobule du pneumogastrique, elles ne sauraient être confondues avec le pédoncule de ce lobule qui, lui, est un trousseau totalement autonome ; trousseau doté de ses manchons de myéline, bien avant les fibres des parties avoisinantes des hémisphères cérébelleux, et bien avant aussi celles des fibres des stries médullaires qui se développent les premières après la naissance.

Le pédoncule du lobule du pneumogastrique se compose de fibres qui prennent naissance dans l'écorce de la surface postérieure et

basale du lobule en question, se dirigent en dedans pour gagner le bord de l'hémisphère cérébelleux qui entoure le corps restiforme à son entrée dans le cervelet, atteignent le bord du plancher du quatrième ventricule, se relèvent la long du toit du même ventricule et vont à l'olive cérébelleuse. P. Keraval.

XXX. De certains phénomènes de contraction des muscles quand on les excite au courant faradique; par W. Brock. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Excitation des muscles à l'aide d'interruptions lentes. Peut-elle, dans le muscle humain, produire des contractions toniques? Des anomalies dans la conductibilité des nerfs peuvent-elles déterminer cette anomalie dans la forme de la contraction? Y a-t-il s'il n'en est pas ainsi un rapport entre ce phénomène et l'intensité de l'excitant? Dans certains états pathologiques, des interruptions lentes peuvent provoquer des contractions toniques; celles-ci peuvent aussi être produites dans le muscle sain, quand on modifie comme il est dit l'excitation. Mais il est impossible de rattacher ce phénomène à des altérations dans la conductibilité du nerf.

En revanche, l'intensité de l'excitant joue un rôle. Sur un muscle sain, si l'on affaiblit graduellement la force d'un courant faradique, on arrive à une limite où le muscle est animé de contractions toniques sans secousses isolées. Mais l'intensité de l'excitant varie avec le muscle. Il en est de même pour les muscles atrophiés (paralysie faciale rhumatismale, paralysie traumatique du péronier, névrite du nerf péronier, myélite chronique, syringomyélie). Dans la paralysie faciale rhumatismale, le courant faradique produit les contractions rythmiques (isolées ou tétanos abrégé) de Richet, Rosenthal, Bernhardt. P. K.

XXXI. Du développement et de l'expansion des fibres tangentielles du l'écorce du cerveau humain aux divers ages de la vie; par O. Vulpius. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIII, 3.)

Examen strictement comparatif, places par places, de la première frontale gauche, de la circonvolution de Broca, du lobe frontal, de la frontale ascendante droite, de la pointe du lobe occipi tal droit, de la première temporale gauche. Méthode de Weigert. Numération des fibres à l'oculaire quadrillé. Etude de vingt-deux cerveaux.

1° Le nouveau-né n'a pas de fibres myéliniques dans les couches spéciales de son écorce ni dans la substance blanche. On n'en trouve que dans la substance blanche de la frontale ascendante. — 2° Il existe réellement trois couches (interne, externe, moyenne), de fibres tangentielles. — 3° Les premières fibres tangentielles se

montrent dans les couches externe et interne à l'âge de quatre mois, dans la couche moyenne à l'âge de huit mois. — 4° Le développement en est très différent suivant les diverses régions du cerveau et les couches envisagées. — 5° Les troubles de la nutrition générale paraissent arrêter le développement des fibres tangentielles. — 6° Le développement n'en est pas terminé dans tous les segments du cerveau à l'âge de dix-sept ans. — 7° L'âge paraît amener une faible diminution des fibres en question. — 8° Les fibres tangentielles proviennent souvent de fibres radiaires pénétrant isolément ou en touffes. Ce dernier mode de pénétration est propre à la profondeur des sillons dans lesquels s'épandent les trousseaux radiaires à la couche externe. — 9° Le nombre des fibres tangentielles n'est pas le même dans les diverses régions du cerveau. Le plus grand nombre occupe la frontale ascendante droite. — 10° La frontale ascendante droite possède le plus grand nombre de fibres tangentielles épaisses. La première frontale gauche et le lobe occipital droit possèdent une abondance considérable de fibres fines. — 11° Les raies de Baillarger et de Vicq d'Azyr sont formées par l'accumulation des fibres tangentielles. — 12° La raie de Vicq d'Azyr est bien plus constante que celle de Baillarger qui bien souvent apparaît double dans le lobe frontal.

P. Keraval.

XXXII. Les expériences faites par la nature sur le cerveau; par Meynert. (*Jahrbuech. f. Psychiat.*, X, 2-3.)

Eloge de la méthode anatomo-clinique en termes originaux, mais un peu à bâtons rompus. P. K.

XXXIII. Contribution a l'emploi de la méthode de coloration de Marchi dans les préparations anatomo-pathologiques du système nerveux; par E. Redlich. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, N F. III, 1892.)

Excellente pour déceler de très bonne heure la dégénérescence des fibres nerveuses et, par suite, pour l'étude expérimentale des faisceaux conducteurs et systèmes, voici en quoi il consiste :

Pendant huit jours, on soumet de petits cubes de 3 à 4 millimètres à l'action d'une solution de chromate de potasse à 2 p. 100 ou du liquide de Muller; puis on les met dans un mélange de deux parties de chromate de potasse (à 3 p. 100) et d'une partie d'acide osmique (à 1 p. 100) jusqu'à ce qu'ils soient devenus noirs ou presque noirs; cela, pendant cinq à huit jours. On les soumet enfin au durcissement à l'alcool et on les inclut dans la celloïdine ou la photoxyline. A la coupe, on constate un ton uniformément brunâtre, dans lequel on distingue parfaitement fibres et cellules nerveuses. P. K.

XXXIV. **Lésions anatomiques dans un cas de blépharoptose congénitale unilatérale**; par E. Siemerling. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIII, 3.)

Blépharoptose à gauche ; dégénérescence centrale du noyau de l'oculo-moteur commun correspondant. P. K.

XXXV. **Recherches expérimentales et anatomo-pathologiques sur les centres optiques et les trousseaux de fibres auxquels ils commandent, avec contributions cliniques a l'hémianopsie corticale et a l'alexie** (*nouvelle série*); par C. de Monakow. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIII, 1.)

Trois nouvelles observations avec *autopsies* montrent encore que chez l'homme, les centres optiques primitifs (infra-corticaux), dépendent du lobe occipital correspondant, puisque les lésions encéphalomalaciques, hydrocéphaliques, traumatiques ou autres du lobe occipital, entraînant des dégénérescences secondaires de ces organes. La dégénérescence secondaire part du point lésé du lobe occipital et se propage par la substance blanche antéro-postérieure aux segments correspondants des centres optiques sous-corticaux. La différence des localisations dans ces derniers dépend de la différence de localisations des lésions dans le lobe occipital. La dégénérescence secondaire est en tout semblable à celle qui se voit dans les faisceaux pyramidaux; en outre de celle-ci, il y a des lésions de cellules. Mais ce que nous ignorons, c'est le rôle des distributions des vaisseaux qui ne sont pas, d'ailleurs, encore précisées.

Le pourtour de la fissure calcarine (coin — lobule lingual — première et deuxième occipitale) commande au corps genouillé externe, au pulvinar, aux couches superficielles des tubercules quadrijumeaux antérieurs. Les fibres blanches de jonction occupent surtout le segment inférieur des tractus antéro-postérieurs de la couronne rayonnante, limités en dedans par le sapetum. Ces irradiations optiques arrivent dans la substance blanche latérale du pulvinar et du corps genouillé externe. Au-dessous de ce trousseau, un peu plus en avant, on constate trois faisceaux qui se dirigent en dedans. L'un va dans le bras du tubercule quadrijumeau antérieur où il se réunit aux fibres de la bandelette optique, confinant, par en haut, au corps genouillé interne. Le second s'épand dans le pulvinar. Le troisième va d'arrière en avant, en décrivant un cercle, irradier dans la substance grise du corps genouillé externe, prenant part à la formation de ses lames blanches et s'épuisant complètement dans son noyau même.

Les segments antérieurs du lobe pariéto-occipital, c'est-à-dire du lobule pariétal supérieur et du pli courbe, se groupent, avec quelques fibres des première et deuxième occipitales, en un trousseau de fibres blanches qui constitue un trousseau d'irradiations optiques sus-jacent à celui du coin et du lobule lingual.

Entre ces deux faisceaux blancs il existe une zone de transition qui constitue le bouquet des fibres émanées du tiers médio-antéro-postérieur du corps genouillé externe, avec la branche médiane duquel elles se confondent.

Donc, chez l'homme comme chez les animaux, les cellules nerveuses qui occupent l'extrémité caudale de la couche optique sont en relation avec les parties corticales de la pointe du lobe occipital ; celles qui sont plus antérieures, sont surtout en rapport avec les régions antérieures de la sphère visuelle de l'écorce, de sorte qu'à chaque poste de cellules correspond un territoire cortical, assez circonscrit, dont la destruction cause la destruction du groupe cellulaire correspondant. Dans la couronne rayonnante, on retrouve les faisceaux de fibres qui vont des centres corticaux aux groupes cellulaires et *vice versa*. La plupart des cellules périphériques du corps genouillé externe, et, à leur tête, la couronne inférieure des gros éléments, ainsi que presque toutes celles du pulvinar, projettent leurs cylindraxes vers l'écorce. Les segments rétiniens, eux aussi, envoient leurs éléments vers l'écorce, mais en passant par les groupes de cellules des centres primaires qui sont en rapport avec les fibres que nous venons de décrire.

P. KERAVAL.

XXXVI. DES ALTÉRATIONS DANS LES NOYAUX DES NERFS CRANIENS CHEZ LES DÉMENTS PARALYTIQUES; par AWTOKRATOW. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

Quatre observations. Dans tous ces cas excepté un (mort précoce) les noyaux en question etaient altérés. L'altération était la moins avancée dans les noyaux principaux de l'auditif et du trijumeau. Ces observations rapprochées de celles de la bibliographie montrent qu'il s'agit dans l'espèce des mêmes lésions que celles qui frappent les cellules nerveuses en d'autres parties du cerveau et que leur dernier terme est la destruction de la cellule. Il semble aussi que tous les noyaux ne soient pas simultanément affectés, que ceux par exemple du facial et de l'hypoglosse subissent des altérations avant le noyau de l'auditif, plus résistant. Plus la maladie dure longtemps, plus sont nettes les altérations dégénératives des noyaux des nerfs

craniens. L'altération des cellules est ausssi en rapport avec l'altération dans la région des parois des vaisseaux. P. K.

XXXVII. Contribution a l'anatomie pathologique de la chorée; par Krœmer. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIII, 2.)

Femme de trente-cinq ans choréique depuis l'âge de onze ans. Gloutonnerie. Conservation de la sensibilité. Onanisme quotidien, durant des heures. Démence. Le 8 octobre, chute sur le temporal droit avec plaie; coma consécutif, pouls = 60, t = 37,2, disparition des mouvements choréiques, mais raideur des extrémités, fréquentes convulsions fibrillaires dans le pectoral droit. La malade est transformée en un bâton rigide; pouls très petit = 50; t = 37,8. Le 11, t = 38,4; le 12, t = 39; pouls = 120. Rigidité disparue; pupilles étroites, yeux fermés, grincements de dents; pas de chorée; accidents gangréneux du décubitus; mort le 18; t = 35,4. *Autopsie :* hématome considérable de l'hémisphère gauche creusant l'écorce en une coupe concave (membranes épaisses d'une couenne gris noir). A droite, petit hématome de 5 centimètres de diamètre. Au *microscope :* nombreux foyers dans le corps strié, la capsule interne, la couche optique, de diamètres variés, surtout à gauche. Atrophie des pyramides correspondant aux gros ganglions du côté gauche et se propageant surtout dans la moitié droite de la moelle. L'auteur conclut que la chorée tient toujours à la lésion des pyramides. Quand cette lésion passe inaperçue c'est qu'il y a dans l'organe en question des modifications moléculaires. P. K.

XXXVIII. Attributs fonctionnels de l'écorce cérébrale; par Aug. Waller. (*Brain*, Parts LIX et XL, p. 329.)

Dans la première partie, l'auteur discute la valeur des descriptions données des centres « moteurs et sensitifs » du cerveau. Il reproche aux termes « moteurs et sensitifs » d'être trop souvent employés d'une façon très vague, souvent même trompeuse, d'autant plus trompeuse qu'ils paraissent plus précis en eux-mêmes. Ils semblent, en effet, désigner des qualités bien connues et bien définies de certains centres, alors qu'il ne paraît pas encore possible de déterminer en propres termes, et en limites exactes des fonctions purement motrices et purement sensitives dans l'écorce. Vient ensuite la discussion des théories de Hitzig qui fait de la zone motrice l'aire du sens musculaire, et de celles de Munk qui en fait le siège de la sensibilité générale. L'espace est bien restreint où l'on peut distinguer la fonction motrice de la fonction sensitive et l'impulsion motrice comme la sensation découlent pour l'auteur d'un seul et même processus. — Ce n'est pas un centre qui sent, mais un centre est le siège du processus qui cause la sensation. L'antithèse entre les termes « moteur » et « sensitif » est trop nette

et tombe dans le cas du langage populaire. C'est voir trop complètement l'existence d'espèces différentes dans les fonctions. C'est la théorie « carotte » et la théorie « navet » appliquées à l'étude des centres nerveux. Il faut forcément une fusion et dire que le processus nerveux fonctionnel de l'écorce est sensitivo-moteur.

En somme Hitzig, Munk et Bastion ont exprimé des idées semblables en termes différents. Bastion et H. Ferrier ont exploré les deux faces de la question, mais Bastion refuse la question motrice à la zone rolandique et admet que le faisceau pyramidal n'est pas efférant, mais bien indifférent. Pour James, l'aire rolandique n'est que la bouche d'un entonnoir où se recueillent, pour s'écouler, les fonctions créées ailleurs. L'auteur discute et approuve les expériences de Bubnoff et Heidenhain.

Dans la seconde partie, l'auteur cherche à schématiser et synthétiser par un système de « niveau » la fonction corticale. Il approuve et modifie le schéma de Jackson.

Pour lui, la sensation la plus élémentaire est un rapport entre deux facteurs. Il assimile complètement et fond en une seule quatre diverses théories : — celle du centre d'aperception de Wundt, celle du centre de niveau supérieur de Jackson, celle de l'écorce préfontale de Ferrier; et enfin celle de la zone psychique de Munk. Tendance à l'unité de conscience.

Le sens de l'effort résulte d'une association de sensations avec un travail molléculaire siégeant dans les centres sensitivo-moteurs, et l'attention est l'exagération du processus sensitivo-moteur. — D'ailleurs des matériaux dynamogènes sont consommés pour l'énergie initiale d'une action dans les centres supérieurs et d'un autre côté, les sensations d'effort et de fatigue dépendent d'échanges matériels ayant leur origine aussi bien à la périphérie que dans les centres. Il y a toujours liaison intime entre le mouvement et la sensation.

P. Sollier.

XXXIX. Description de la couche motrice de l'écorce cérébrale d'un enfant; par le Dr Edwin Goodall.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner le cerveau d'un enfant viable, né à terme, mort d'accident après dix-huit heures d'existence.

Cet examen a eu lieu sur le cerveau à l'état frais par la méthode de la congélation; les coupes de l'écorce ont été pratiquées à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante.

La couche la plus externe de l'écorce est bien délimitée. A un léger grossissement, il est évident qu'elle contient des éléments plus nombreux que chez l'adulte. A un fort grossissement, on voit que ces éléments sont des noyaux du tissu conjonctif, soit libres, soit entourés d'une enveloppe incomplète de protoplasma; les

cellules araignées qu'on rencontre chez l'adulte sont absentes; les capillaires sanguins sont en plus grand nombre que chez l'adulte; les noyaux de tissu conjonctif ronds ou ovales ont de 4 à 10 μ de diamètre. Au-dessous de cette couche externe est une bande de tissu nerveux de 150 μ d'épaisseur, bien délimitée vers la périphérie, mais se confondant peu à peu avec la couche sous-jacente: elle se compose tout d'abord de noyaux de coloration foncée, pour la plupart dépourvus d'enveloppe, de 6 à 9 μ de diamètre. Quelques-uns sont cependant entourés en partie de protoplasma légèrement coloré : ce sont des cellules rudimentaires, dont certaines affectent mieux une forme pyramidale; les noyaux de ces cellules rudimentaires sont comparativement plus larges que ceux des cellules de la seconde couche chez l'adulte; comme la première, cette seconde couche est très riche en capillaires sanguins.

Entre cette seconde couche et la substance blanche, en existe une troisième aux dépens de laquelle se développeront chez l'adulte les troisième, quatrième et cinquième couche, mais ici il n'existe pas encore de différenciation suffisante pour y déterminer plusieurs couches. On y distingue 1° des noyaux du tissu conjonctif; 2° des cellules nerveuses à forme pyramidale constituées par un noyau entouré d'une couche de protoplasma légèrement coloré. Aucun prolongement n'est encore visible; à peine distingue-t-on de ci et de là une ébauche de prolongement du sommet; ces cellules, dont les dimensions maxima sont de 18 μ, représentent le premier stade du développement des cellules géantes; 3° quelques larges noyaux irrégulièrement ovales, formés probablement de tissu nerveux propre. A la partie la plus profonde de l'écorce, existent quelques rares cellules fusiformes.

Les capillaires sanguins, ici comme dans les couches superficielles, sont très développés; les sacs lymphatiques péricellulaires n'ont pu être aperçus; peut-être les espaces péricellulaires que l'ont voit sur les préparations faites après durcissement du cerveau sont-ils une conséquence de la rétraction du tissu. Toutefois, si l'auteur n'a pu, par les méthodes de préparation du cerveau à l'état frais, en déceler la présence chez l'enfant, il les a constatés dans l'écorce cérébrale du chat.

En résumé, trois couches de l'écorce ont pu seulement être différenciées, et la caractéristique da la structure de cette écorce consiste dans la prédominance des noyaux, soit des cellules nerveuses, soit des cellules du tissu conjonctif et dans la richesse des réseaux vasculaires. En comparaison avec cette écorce cérébrale d'enfant de dix-huit heures, l'auteur a examiné l'écorce cérébrale motrice d'un enfant de deux ans.

La différenciation des cinq couches de l'écorce était complète et l'aspect des couches était à peu de chose près celui de l'écorce cérébrale chez l'adulte. (*American journal of insanity*, 1892.) E. B.

XL. Résumé de 1,565 autopsies du cerveau faites a l'asile de Wakefield pendant une période de onze années; par F. St. John Bullen. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1870.)

Ce n'est pas chose commune de pouvoir compulser la relation de 1,565 examens de crâne, du cerveau et de la moelle, pratiqués par des neuro-pathologistes tels que sir J. Crichton-Browne et MM. Herbert Major et Bevan Lewis; aussi pensons-nous qu'on ne nous reprochera pas de donner quelque étendue à l'analyse de ce mémoire, et de suivre presque pas à pas l'auteur dans le dépouillement de ce volumineux dossier anatomo-pathologique. Sans doute il faut regretter, avec M. Bullen qu'une méthode uniforme n'ait pas été suivie dans ces 1565 cas, car alors, pour chacun des points à étudier et pour chaque cas, on eût trouvé une constatation affirmative ou négative; mais, tout imparfait qu'il puisse être à ce point de vue, le dossier n'en contient pas moins des renseignements d'un réel intérêt. — Nous les résumons ici, d'après les conclusions même de l'auteur.

Chez les malades ayant succombé à la période aiguë de la manie et de la mélancolie, il est assez commun de ne rencontrer aucune grosse lésion appréciable; et lors même que des lésions appréciables existent, elles ne sont nullement spéciales à l'une ou à l'autre de ces deux formes d'aliénation, car elles se rencontrent indistinctement chez ces deux ordres de maladies :

C'est dans les états aigus accompagnés de dépression mentale que l'on rencontre le maximum de minceur et de densité de la voûte crânienne; dans la manie, on rencontre la même augmentation de densité, mais l'épaisseur de la table osseuse est normale.

Les altérations méningées sont assez fréquentes dans la mélancolie comme dans la manie; mais, soit sur l'arachnoïde, soit sur la pie-mère, elles sont généralement peu accusées.

Les adhérences méningo-corticales sont rares; quand elles existent, c'est surtout dans la manie qu'on les rencontre, ainsi que les états hypérémiques.

Etant donnée la marche de ces formes aiguës de folie, on ne s'attendrait guère à y observer l'atrophie ou l'infiltration séreuse : la première pourtant a été observée dans près de la moitié des cas de manie, et au moins dans les deux tiers des cas de dépression mentale.

On rencontre assez souvent dans la mélancolie la diminution de consistance et l'œdème du cerveau : le ramollissement n'a été constaté qu'une seule fois; l'athérome des vaisseaux de la base, la dilatation des ventricules sont rares; toutefois la première de ces lésions serait plus fréquente dans la mélancolie, et la seconde dans la manie.

La disposition des circonvolutions n'a malheureusement été notée que pour un petit nombre de cas, mais il est assez remarquable que, dans 80 p. 100 des cas de mélancolie aiguë, cette disposition était très simple, tandis que la proportion est renversée pour les cas de manie.

— Dans les formes chroniques de la manie et de la mélancolie. on voit le plus souvent s'accentuer, sous l'influence de leur durée, les altérations déjà rencontrées dans les formes aiguës; mais quelquefois aussi on constate des phénomènes absolument contraires à ceux des formes aiguës.

Les altérations de texture de la dure-mère sont rares, et quand elles existent, c'est surtout (en laissant de côté la paralysie générale) dans la manie et la mélancolie chonique qu'on les observe. Les opacités de la dure-mère et de l'arachnoïde sont d'ordinaire peu marquées; les adhérences méningo-encéphaliques sont peu communes.

Les kystes de l'arachnoïde et les hémorrhagies siégeant sous la dure-mère, en dehors des cas de démence consécutive bien accusée, appartiennent nettement aux états d'exaltation mentale, et ne se rencontrent que rarement dans les états de dépression. — L'état d'hypérémie n'est pas souvent constaté; il en est tout autrement de l'anémie qui paraît s'accentuer parallèlement à la chronicité.

L'atrophie du tissu cérébral existe dans les deux tiers des cas, et si l'on considère les cas où elle atteint un degré assez accusé, elle est également fréquente dans la mélancolie et dans la manie.

Dans la mélancolie la substance corticale est souvent pâle, et, dans la manie, c'est la minceur qui s'observe au lieu de la pâleur.

La diminution de consistance du tissu cérébral, les granulations épendymaires appartiendraient surtout à la mélancolie; la dilatation ventriculaire serait au contraire deux fois plus fréquente dans la manie.

L'hémorrhagie, le ramollissement ne sont pas communs dans ces deux formes d'aliénation; elles ne figurent que pour 16 p. 100 dans le total des cas d'hémorrhagie et de ramollissement, et sont entre elles sur un pied d'égalité; cette égalité se maintient en ce qui touche le siège de ces lésions (ganglions de la base ou couches superficielles) : on peut noter seulement que dans la mélancolie, les trois quarts des foyers siégent dans les couches optiques, lesquelles sont demeurées absolument indemnes dans la manie.

L'athérome des vaisseaux est de même très également réparti entre ces deux formes de folie chronique. L'auteur remarque en terminant que l'on rencontre dans la mélancolie chronique une plus forte proportion de cerveaux à circonvolutions régulières que dans n'importe quelle autre forme de folie.

— On ne peut guère déduire des faits dont il s'agit qu'il y ait des altérations anatomiques appréciables qui soient nettement ca-

ractéristiques de la *paralysie générale* : il y a cependant quelques remarques intéressantes à déduire des documents compulsés. — Du côté du crâne, la condensation du tissu osseux a été observée dans la moitié des cas, et l'épaississement de la voûte crânienne dans moins d'un tiers. C'est la dure-mère qui est le siège des modifications les plus importantes : ce périoste interne, qui ne s'épaissit et ne s'injecte que si rarement, présente, en effet cette double altération dans la paralysie générale, et ne la présente guère que là ; mais les altérations méningées ont été rencontrées surtout dans la pie-mère et dans l'arachnoïde : l'opacité de cette dernière membrane surtout a été rencontrée avec une fréquence (un peu plus des trois quarts des cas) et à un degré tout à fait inusités dans les autres formes, même les plus chroniques, d'aliénation mentale. — L'adhérence des membranes à la substance corticale a été constatée avec sa fréquence ordinaire dans cette maladie ; mais il est à remarquer que très souvent (dans plus d'un septième des cas) elle était accompagnée d'hémorrhagie dans la cavité arachnoïdienne : c'est à peu près la même proportion que dans la démence, bien que, dans celle-ci, les lésions athéromateuses des artères soient environ cinq fois plus communes que dans la paralysie générale. On a également noté ici, beaucoup plus souvent que dans les diverses autres catégories, l'amincissement des couches corticales. Enfin il y a deux autres altérations qui, elles aussi, sont plus fréquentes dans la paralysie générale que partout ailleurs, ce sont : la dilatation des ventricules, et l'état granuleux de la membrane qui les tapisse. — En revanche, l'athérome des vaisseaux de la base est ici peu commun. — La proportion des cerveaux à configuration simple est plus élevée dans la paralysie générale que dans la plupart des autres maladies mentales.

— A l'inverse de l'affection dont il vient d'être parlé, l'*épilepsie* présente surtout des altérations qu'on pourrait appeler négatives, tant elles paraissent insignifiantes à côté de celles qui appartiennent aux autres formes morbides. Il en est quelques-unes pourtant qui sont positives. C'est ainsi que l'épilepsie fournit la plus forte proportion d'hypertrophies de la voûte cranienne. — Mais les altérations de la pie-mère, les opacités de l'arachnoïde sont rares dans l'épilepsie ; les adhérences méningo-corticales y sont exceptionnelles, et de toutes les affections mentales étudiées dans ce travail, c'est elle qui a donné le moins d'hémorrhagies méningées. L'atrophie, la diminution de consistance du tissu cérébral manquent presque toujours. Les signes de congestion ne se montrent guère que dans le quart des cas. Les altérations de la substance médullaire ne dépassent pas la proportion de 25 p. 100. — Les altérations artérielles, les granulations épendymaires, le ramollissement, l'hémorrhagie, la dilatation des ventricules, et d'une façon générale, les autres lésions ne s'observent, dans l'épilepsie, que de loin en loin.

L'induration de l'un ou des deux hippocampes n'a malheureusement été recherchée que dans un nombre assez restreint de cas : sur trente-quatre cas où elle fait l'objet d'une mention, elle a été rencontrée dix-sept fois, soit exactement dans la moitié des cas. — Les scléroses superficielles, dans la maladie qui nous occupe, ont été constatées seulement dans 6 p. 100 des cas. — Les adhérences méningo-corticales n'ont été trouvées que deux fois. — Au point de vue de la complication des circonvolutious, les cerveaux d'épileptiques sont restés au-dessous de la normale.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XLI. HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE D'UN CAS D'IDIOTIE ÉPILEPTIQUE D'ORIGINE SYPHILITIQUE; par F. ST-JOHN BULLEN. (*The Journal of Mental Science*, avril 1890.)

Observation intéressante, très détaillée et recueillie avec beaucoup de soin, destinée à confirmer les idées émises par M. Bevan Lewis au sujet des altérations des cellules nerveuses et de leurs noyaux dans l'épilepsie. R. M.-C.

XLII. TUMEUR CÉRÉBRALE INTÉRESSANT LES LOBES FRONTAUX; par A. HILL GRIFFITH et T. STEELE SHELDON. (*The Journal of mental Science*, avril 1890.)

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans employée comme infirmière à l'asile de Parkside, et sans antécédents névropathiques : les principaux symptômes ont été les suivants : névralgie intense à gauche et céphalalgie occipitale, paroxystiques pendant plusieurs mois, et accompagnée de nausées et de vomissements; par moments, délire nocturne et obscurcissement de la vue, avec affaiblissement de l'ouïe; ces deux derniers symptômes étaient passagers et se montraient surtout le matin, la mémoire était légèrement atteinte, il y avait un peu d'amaigrissement. On pensa d'abord à l'hystérie, jusqu'à ce que l'apparition d'un léger strabisme gauche vint indiquer l'existence d'une lésion plus grave. L'examen ophthalmoscopique révéla l'existence d'une névrite optique double, avec vascularisation, œdème et saillie de la papille, sans hémorrhagie. Il y avait de l'anosmie gauche. Rien de particulier dans la démarche. Réflexes tendineux normaux. Quelques jours plus tard, hémiplégie gauche, suivie d'une amélioration prompte et assez complète pour permettre à la malade de reprendre son service. — Six mois plus tard, même état, sauf pourtant un relèvement assez accusé de la santé générale. — Trois mois plus tard, la santé générale paraît encore améliorée, mais les lésions du nerf optique sont aggravées, à droite la pupille est obscure à sa circonférence, et grisâtre, à gauche elle est d'une couleur gris

pâle. Réapparition des vomissements la nuit. Titubation légère. — Huit mois plus tard, l'œil gauche n'a conservé que la perception de la lumière. L'audition est intacte. Le goût et l'odorat sont abolis. Douleurs fulgurantes dans les genoux, la cheville gauche et les épaules. — Six semaines plus tard, l'œil droit perçoit encore la lumière, mais l'œil gauche ne perçoit plus rien. Surdité à droite. Abolition du réflexe du genou et anesthésie droite. La malade rentre chez elle où elle meurt au bout de trois mois. Après une période d'excitation maniaque d'environ huit jours, elle s'était calmée, mais son état vertigineux était tellement accusé qu'elle était obligée de garder le lit : la vue, l'ouïe, l'odorat et le goût étaient à peu près complètement abolis. L'appétit persistait néanmoins, et la nutrition générale était satisfaisante. Dans la dernière semaine, elle tomba graduellement dans le coma, avec convulsions cloniques d'un côté et flaccidité de l'autre; l'articulation des mots était devenue de moins en moins nette.

L'autopsie a pu être faite, voici les principaux points qu'elle a révélés : crâne aminci, à surface intérieure irrégulière et bossuée, dure-mère saine mais un peu adhérente à la voûte. Les circonvolutions de la convexité sont aplaties. En soulevant les lobes frontaux, on aperçoit le bord antérieur d'une tumeur volumineuse, occupant les deux fosses antérieures, et adhérant au cerveau. En soulevant la tumeur pour atteindre les nerfs optiques, on rompt une courte et fragile adhérence avec la dure-mère, siégeant à peu près à un quart de pouce en avant et à droite du point de pénétration du nerf optique dans l'orbite. Vue par en dessous, la tumeur ressemblait *grosso modo*, tant comme forme que comme volume, à un cervelet, insinué entre les lobes frontaux; elle était en effet divisée par un sillon longitudinal en deux hémisphères, dont chacun avait largement creusé sa place dans la substance blanche du lobe frontal correspondant. On put assez facilement énucléer la tumeur et l'on constata alors que sa moitié gauche, de beaucoup la plus volumineuse, atteignait, sans toutefois l'envahir, le bord antérieur du corps strié. Autour de la tumeur ni ramollissement inflammatoire, ni œdème. Les nerfs optiques et olfactifs avaient évidemment subi une compression considérable.

La tumeur était enveloppée d'une capsule fibreuse lisse; à la coupe, elle était d'un gris rose, et sa consistance était à peu près celle du rein. L'examen histologique montra qu'elle était de nature sarcomateuse. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XLIII. UN CAS DE DÉVELOPPEMENT ANORMAL DU CUIR CHEVELU; par T.-W. MAC DOWALL. (*The Journal of mental science*, janvier 1893.)

L'état du cuir chevelu chez ce maladé est très exactement figuré sur une planche que nous ne pouvons malheureusement pas reproduire ici; il a été constaté par hasard au moment d'une coupe de

cheveux. De chaque côté de la ligne médiane, on remarque cinq sillons profonds allant d'arrière en avant; les plus rapprochés de la ligne médiane sont rectilignes, les autres sont légèrement incurvés, et ils sont d'autant plus incurvés et d'autant plus courts qu'ils s'éloignent davantage de cette ligne; ils ne sont d'ailleurs visibles que lorsque les cheveux sont coupés courts. Les sillons du front n'ont rien d'anormal, mais deviennent très apparents lorsque le sujet a quelque cause de contrariété.

Le malade est un idiot épileptique, âgé de vingt-deux ans et habitant l'asile depuis neuf ans. Sa santé est bonne, son niveau intellectuel très bas. Il présente à droite de l'atrophie générale et de la contracture musculaire des membres : d'après les renseignements, il est épileptique depuis l'âge d'un an. Il est microcéphale, mais la microcéphalie n'est pas très accentuée. L'examen des autres malades a abouti à la découverte d'un cas analogue, mais bien moins accusé, chez un autre idiot microcéphale.

L'auteur a recherché si des faits analogues avaient été constatés par d'autres observateurs : seul, le Dr Carlyle Johnstone lui a fait connaître qu'il avait rencontré deux faits semblables. — Le professeur Unna, à qui Mac Dowall a communiqué cette observation, a conseillé de rechercher quels résultats donnerait l'excitation électrique du cuir chevelu dans le sens des sillons, afin de déterminer si l'hypercontractilité des muscles peauciers n'avait pas pu les produire. Son conseil a été suivi, mais les résultats de l'expérience ont été absolument négatifs.

Le professeur Kaposi, d'accord avec le professeur Kundrat, pense qu'il s'agit d'une lésion hypertrophique de la peau; le cerveau n'ayant pas atteint progressivement son développement normal, la peau se serait développée néanmoins conformément au rôle qu'elle aurait dû avoir, — mais qu'elle n'avait pas, — à remplir; il a constaté d'ailleurs la fréquence des hypertrophies partielles chez les microcéphales.

L'auteur fait observer avec raison que si l'explication du professeur Kaposi était correcte, cet état du cuir chevelu, étant donné la fréquence de la microcéphalie, serait beaucoup plus communément observé : il incline à penser qu'il s'agit plutôt d'une anomalie régressive; les sillons de la peau du crâne sont, en effet, très fréquents chez certains animaux. R. M.-C.

XLIV. La cellule nerveuse considérée comme base de la neurologie; par Schæfer. (*Brain*, I-II, 1893, p. 134.)

A ticle critique intéressant dannant l'exposé des plus récentes recherches sur la constitution de la cellule nerveuse, et en particulier des importants travaux de Retzius et de R. y Cajal. P. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 26 juin 1893. — Présidence de M. Christian.

A propos du procès-verbal, M. Moreau (de Tours) rapporte l'observation d'une malade devenue mélancolique par suite de sa *stérilité* liée à l'impuissance du mari et dont la première grossesse améliora considérablement l'état mental. Malheureusement, sur les quatre enfants, que cette femme eut par la suite, deux se signalèrent par des tares héréditaires les plus fâcheuses.

Affaire Valrof, de Nice. — M. A. Voisin demande à s'expliquer devant la Société sur le rôle que la presse lui a prêté dans l'affaire Valrof. Il n'a jamais eu dans la pensée de soutenir, comme un principe, qu'on fût autorisé dans aucun cas à délivrer un certificat d'aliénation mentale, sans avoir directement observé l'individu supposé aliéné. J'ai dit, il est vrai, expose-t-il, à l'audience de la Cour d'assises qu'après l'étude des rapports des médecins experts commis pour examiner Valrof et sur le vu de leurs constatations, je signerai son internement; mais j'ai été amené à faire cette déclaration par une question insidieuse que m'a posée le procureur de la République et par cette circonstance que, venant d'affirmer que je considérais l'accusé comme un irresponsable, je ne pouvais pas faire une autre réponse sans lui nuire en laissant s'affaiblir dans l'esprit des jurés, la conviction que je m'étais efforcé de leur communiquer.

Le Président annonce à la Société la perte qu'elle vient d'éprouver en la personne de M. Delasiauve, son ancien président et membre fondateur qui vient de succomber. Il donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de ce maître regretté. (Voir le n° 77 des *Archives de Neurologie*, p. 65.)

M. Falret lit le discours dont il a été chargé par les médecins des asiles et hospices de la Seine. (Voir le même n° des *Archives*.)

La séance est ensuite levée en signe de deuil.

Séance du 24 juillet 1893. — Présidence de M. Christian.

Traitement de la céphalie nerveuse par la douche statique avec les disques à pointes. — M. A. Voisin, à l'imitation de M. Imbert de la

Touche, a eu l'occasion de traiter par les douches d'électricité statique une fillette de dix ans atteinte de céphalie. Le résultat a été des plus satisfaisants. MARCEL BRIAND.

SOCÉTÉ DES MÉDECINS NEUROLOGISTES ET ALIÉNISTES DE MOSCOU.

Séance du 22 janvier 1893.

M. KORNILOW. *Sur la question de l'aphasie.*—Le rapporteur, réfutant la théorie de Grashey-Wernicke, suivant laquelle la lecture s'effectue une lettre après l'autre, a présenté les résultats de ses propres expériences qui peuvent se diviser en deux groupes. Voici en quoi consistent les expériences du premier groupe : l'expérimentateur fixe sur un cylindre tournant une feuille de papier sur laquelle sont inscrits des mots; devant la feuille de papier, il place un écran percé d'une étroite fente ne permettant de voir qu'une seule lettre à la fois. Le cylindre étant en mouvement, le rapporteur n'est parvenu à déchiffrer les mots inscrits que lorsque les lettres passaient devant ses yeux avec une vitesse de 0,12", mais pas plus vite, tandis que Grashey suppose que nous percevons la figure d'une lettre avec une vitesse de 0,03". En ce qui concerne la deuxième catégorie d'expériences, le Dr Kornilov a essayé de lire des mots à la lueur de l'étincelle produite par une machine statique, lueur dont la durée ne dépasse pas des centièmes et même des millièmes de seconde; il a réussi de la sorte à lire des mots formés de quatorze lettres et appartenant à une langue connue. Le rapporteur en conclut que nous apprenons à lire au moyen de deux processus différents : un processus conscient, chaque lettre étant perçue séparément, et un processus inconscient, le mot entier étant perçu comme une seule image visuelle; la lecture d'une langue connue se fait au moyen du second processus, c'est-à-dire chaque mot est perçu comme une image visuelle d'objets connus et non par chaque lettre séparément. Il considère de ses expériences réfutent complètement la théorie de Grashey-Wernicke.

Suivant M. Serbsky, l'opinion du rapporteur est confirmée uar le fait de l'omission de fautes d'impression lors de la correction des épreuves.

M. Rossolimo rappelle que les personnes douées au point de vue musical, lorsqu'elles déchiffrent un morceau, saisissent facilement

les notes qui suivent celles qu'elles viennent de jouer, tandis que les personnes peu douées sous ce rapport sont obligées de déchiffrer chaque note l'une après l'autre.

M. Tokarsky attire l'attention sur le fait que, non seulement dans la lecture, mais encore lors de la perception des autres images visuelles, nous procédons soit en décomposant l'impression générale en ses parties intégrantes, soit en composant un tout au moyen de perceptions séparées.

Indépendamment des personnes mentionnées ci-dessus, MM. les Drs Repmann et Korsakov ont également pris part au débat.

2. M. Tokarski. *De la suggestion forcée.* — C'était M. Voisin qui a employé le premier la force pour hypnotiser une malade atteinte d'aliénation mentale et peu de temps après M. Herrero a voulu faire de l'hypnotisation forcée une méthode à part applicable surtout aux aliénés, aux enfants et aux inculpés afin de tirer de ces derniers des renseignements précis. Puis M. Delbœuf en croyant que l'effet de l'hypnotisation dépendait exclusivement de la suggestion a procédé avec violence en faisant à un vieillard une suggestion à l'état de veille, et M. Caryophilis cherchait à établir une méthode de la suggestion forcée dans le cas où les malades sont réfractaires à l'hypnotisation.

En étudiant ces cas M. Tokarsky n'y voit pas de raisons suffisantes pour employer la violence et, vu qu'il est impossible de savoir d'avance : 1°) si le sujet est suggestible en général ; 2°) si, en particulier, la suggestion peut agir sur la maladie donnée, — croit que l'emploi de violence, comme méthode à suivre dans certains cas, doit être complètement rejeté. Il rappelle ensuite, que la force ne peut être employée par le médecin que dans les cas où un danger immédiat pour les malades ou pour ceux qui l'entourent doit être éloigné et que dans les autres cas tous les autres moyens devraient être appliqués préalablement, surtout quand il s'agit des aliénés et des enfants, où la violence pourrait être même nuisible. Quant aux inculpés, M. Tokarski affirme que M. Herrero se trompe en supposant que le mensonge soit impossible dans l'état de sommeil et rappelle que la violence chez les criminels est aussi peu permise que chez les autres personnes.

Cette question a soulevé des débats auxquels ont pris part MM. Serbski, Bajenov, Chatalov, Rossolimo, Luntz et Kojevnikov.

3. M. Serbski. *Sur le délire des négations.* — Pour prouver l'existence de la forme décrite par Cotard dans ses articles consacrés « au délire des négations », articles que le Dr Serbsky résume en quelques mots au début de sa communication, le rapporteur décrit un cas de cette maladie, observé chez une institutrice, âgée de cinquante-quatre ans, soignée pendant plus d'un an à la Clinique psychiatrique de Moscou. L'anamnèse dénote l'influence d'une héré-

dité bien prononcée; le caractère de la malade a toujours été doux, craintif et irrésolu. Après s'être occupée, pendant 37 ans, de l'éducation des enfants, elle a été renvoyée en dernier lieu d'une maison où elle servait et, peu de jours après, elle est tombée dans un état de mélancolie avec tendance à s'accuser de fautes imaginaires, tristesse, insomnie et crainte d'être privée de tous moyens d'existence. Plus tard apparaissent des idées délirantes : la malade s'imagine qu'elle est damnée, qu'elle est abandonnée de Dieu, qu'elle s'est métamorphosée en diable (cornes sur le front), que ses organes internes sont détruits. Elle nie sa propre existence et celle de ses parents, elle se croit immortelle; finalement elle s'imagine être une masse informe et monstrueuse (tête énorme). Etat mélancolique très prononcé, refus de prendre de la nourriture. Le cours de la maladie, qui a duré quatre ans et demi, a présenté, principalement au début, de grandes oscillations. Mort par suite d'épuisement.

Après avoir remarqué qu'ici, de même que dans la plupart des cas décrits, le délire des négations s'est développé chez une femme prédisposée par l'hérédité et ayant dépassé l'âge de quarante-cinq ans, le rapporteur pense que dans les cas typiques de ce genre chez les mélancoliques le pronostic doit être absolument défavorable.

M. Tokarski pense que le principal intérêt de la forme décrite consiste moins dans le caractère du délire qui, en tant que symptôme, peut être observé dans les autres psychoses, que dans sa systématisation et surtout dans son évolution progressive.

M. Korsakov est d'avis que la description des cas de délire des négations a une grande importance pour l'éclaircissement de la question d'évolution du délire en général. L'explication d'évolution du délire mélancolique, que beaucoup d'auteurs admettent, à l'aide de l'interprétation (Erklaerungsversuch de W. Griesinger), semble peu suffisante. On observe beaucoup de cas où le délire mélancolique évolue par l'association des idées dans la sphère inconsciente et parvient, une fois développé (formé), à la conscience, comme une découverte, comme une vérité réelle. Il est possible que le délire des négations ne présente qu'un stade de l'évolution du délire mélancolique sous l'influence de conditions favorables telles que : l'âge sénile des malades et quelques complications physiques, par exemple : l'anesthésie et la paresthésie qui donnent lieu à la formation des idées de négation à l'aide des associations dans la sphère inconsciente de la vie psychique.

M. Serbsky pense néanmoins que dans les cas de ce genre le raisonnement doit certainement jouer un rôle considérable dans le développement du délire.

M. Butzke trouve que le cas cité par W. P. Serbsky n'est pas

tout à fait typique, étant données l'absence de systématisation du délire, sa marche progressive et son intermittence.

M. Serbsky insiste néanmoins sur le caractère typique de ce cas et pense que si le délire semble ici moins systématisé que dans la *paranoïa*, cela provient uniquement de la différence qui existe dans la manière dont il se manifeste.

Séance du 19 février 1893.

1. M. le professeur FILATOV : *Sur la chorée paralytique.* — Après avoir passé en revue toutes les données relatives à cette forme, le rapporteur présente une malade de sa clinique, âgée de quatre ans et demi, sans tare héréditaire et n'ayant pas souffert antérieurement de maladies graves. La maladie actuelle débuta à la fin du mois de décembre 1892 par une nervosité générale et par de légères grimaces du visage. Le 9 janvier 1893, la malade fut punie, et trois jours après des mouvements choréiques apparurent à toutes les extrémités; ces mouvements cessaient pendant le sommeil. Pendant quelques jours on administra à la malade du sulfate d'ésérine à la dose de 2 milligrammes et demi deux fois par jour. Le 19 janvier, la malade entra à la clinique des enfants. Sous l'action du bromure de sodium 0 gr. 8 par jour les mouvements choréiques commencèrent à s'amender et cessèrent complètement au bout de dix jours, mais, pendant ce temps, il se développa un affaiblissement général des mouvements volontaires qui aboutit à une paralysie complète avec incontinence urinaire et fécale, abolition des réflexes plantaires, exagération des réflexes rotuliens et absence du clonus du pied. La sensibilité était intacte. Le sommeil et l'appétit restaient bons, l'intelligence paraissait normale. Pendant plusieurs jours la malade ne parlait pas. Au bout de deux à trois semaines (usage interne de la teinture de noix vomique) les mouvements spontanés firent de nouveau leur apparition : d'abord aux extrémités supérieures, ensuite aux extrémités inférieures; les fonctions des organes pelviens se rétablirent, la malade commença à exprimer par des pleurs ses besoins, d'où le rapporteur conclut que les troubles des organes pelviens ont dû provenir ici d'un trouble du langage ou de la sphère psychique. Les mouvements choréiques ne se renouvelèrent plus. Ce cas peut être rangé dans la catégorie de la chorée dite molle (limp chorea West).

Le professeur KOJEVNIKOV ne pense pas que, dans les cas du genre qui vient d'être décrit, on puisse attribuer le développement des phénomènes choréiques et paralytiques à l'influence d'un seul processus; en effet, cette hypothèse est démentie par les troubles des organes pelviens et par le fait que, en dépit d'une paralysie qui semblait complète, la malade était en état de mouvoir les jambes

lorsqu'on provoquait ses pleurs. La chorée peut être combinée avec de la paralysie hystérique.

M. MINOR croit avec Gowers qu'il est plus pratique, de considérer la combinaison de phénomènes présentés par la petite malade comme une forme distincte, la chorée paralytique.

2. M. le Dr SÉMIDALOV : *Deux cas de lathyrisme.* — Après avoir fait un historique très détaillé de cette question, le rapporteur passe à ses recherches sur l'endémie de lathyrisme observée pour la première fois en Russie en 1892 dans une métairie du gouvernement de Saratov où, après avoir employé pendant deux mois la gesse (lathyrus sativus) en guise de nourriture, 34 ouvriers sur 130 ont été atteints de lathyrisme à différents degrés; 27 de ces malades ont été observés par le rapporteur. Chez la plupart les premiers symptômes de l'affection ont été des crampes aux mollets et aux adducteurs de la cuisse principalement pendant la nuit. Dans tous ces cas il y a eu prédominance des phénomènes parético-spastique aux extrémités inférieures; dans la moitié des cas on a observé des troubles passagers et peu importants des organes pelviens, dans cinq cas un tremblement passager des mains. Les réflexes cutanés sont restés normaux, les réflexes tendineux ont été exagérés. Un tiers des malades a présenté quelques troubles vasomoteurs des extrémités inférieures (œdème, abaissement de la température; les troubles trophiques ont fait défaut. La sensibilité cutanée est restée normale. Une certaine amélioration est survenue dans l'état de cinq malades.

Le rapporteur présente à la Société deux malades qui se trouvent actuellement à la clinique psychiatrique de Moscou; ces malades offrent des phénomènes bien prononcés. Le rapporteur présénte leur observation détaillée.

Le Dr Tchirwinsky fait remarquer que quelques-uns des phénomènes décrits par le rapporteur, notamment les désordres gastriques qui sont accompagnés parfois de vomissements sanguins, rappellent les symptômes de l'empoisonnement par le phosphore et pourraient faire supposer que c'est à la présence du phosphore dans le lathyrus sativa, que ce dernier est redevable de son action toxique; cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que l'on a observé des cas de myélite dans l'empoisonnement par le phosphore.

Le Dr Semidalov combat cette hypothèse et fait observer que ses malades ne présentent pas le tableau ordinaire de l'empoisonnement par le phosphore.

Le professeur Korsakov se range à l'avis du Dr Sémidalov et insiste tout particulièrement sur le fait que, les signes d'une lésion de la moelle épinière que l'on n'observe qu'à titre d'exception dans l'empoisonnement par le phosphore, figurent au contraire au premier rang dans le lathyrisme.

Le professeur Kojevnikov. Les recherches faites sur le lathyrisme présentent une grande importance, étant donné la consommation toujours croissante de la gesse comme substance alimentaire au sud de la Russie.

3. Dr Dourdorfi : *L'infection blennorrhagique envisagée comme moment étiologique dans les affections du système nerveux.* Se basant sur les données que nous fournit la littérature médicale, le rapporteur est arrivé à la conclusion que l'infection générale de l'organisme par le virus blennorrhagique peut présenter divers symptômes cliniques dont les uns se manifestent par le rhumatisme dit blennorrhagique, les autres offrent les syndromes des névrites et des myélites (principalement de la méningo-myélite). Le rapporteur propose de donner à tous ces cas la dénomination générale de blennorrhagimus ou de morbus blennorrhagicus.

Le Dr Mouratov pense qu'on peut expliquer tous les cas de lésion blennorrhagique du système nerveux soit par la myopathie arthropathique, soit par la névrite et que, dans le cas de Leyden, la lésion peu prononcée de la moelle épinière ne suffit pas pour expliquer tous les phénomènes cliniques.

Le Dr Minor fait remarquer que, faute de données statistiques ou bactériologiques suffisantes, il est prématuré d'expliquer ces affections du système nerveux par l'uréthrite blennorrhagique antérieure et que le cas de Leyden ne prouve pas l'existence des myélites blennhorragiques, parce que le gonococcus ne fut pas trouvé dans la moelle épinière quoiqu'on l'ait cherché.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE et MALADIES NERVEUSES DE BERLIN

Séance du 13 *juin* 1892. — Présidence de M. Jolly.

Le président consacre quelques paroles émues à la mémoire de MM. Mühzam, Citron, Meynert et Snell.

M. Otto. *Des altérations du nerf optique, notamment dans l'artério-sclérose*, avec présentation de *préparations.* — Sur vingt malades examinés par lui à la section d'infirmes de Dulldorf, il en a trouvé dix-sept atteints d'artério-sclérose (artère carotide, artère ophthalmique). Sur ces dix-sept malades, six ne présentaient aucune mo

dification morphologique de nerfs optiques, onze présentaient des anomalies de cette nature. Chez les six premiers malades, il y avait simplement un léger aplatissement, ou une légère excavation du nerf optique produite par la carotide dilatée; mais il n'y avait pas de lésions microscopiques de par l'artério-sclérose. Les onze autres présentaient de forts aplatissements, des excavations prononcés, de profondes entailles du nerf optique; l'aplatissement était dû à la compression des trousseaux nerveux qui finissaient par s'atrophier; ces altérations étaient, quant à leur genre, leur orientation, leur étendue et leur volume, exactement en rapport avec la manière d'être des vaisseaux altérés.

Ces modifications dans la forme du nerf optique se distinguent nettement des anomalies congénitales de cet organe. Elles accompagnent toujours l'artério-sclérose et tiennent à une altération mécanique des trousseaux nerveux; car ce sont les trousseaux nerveux centraux qui subissent les premiers ces transformations. En second lieu, les caractères anatomiques en sont comparables à ceux qui se rencontrent dans la compression de la moelle. Il convient de ranger dans la même catégorie d'altérations l'atrophie du nerf optique, à évolution lente, des gens âgés.

Discussion. — M. Jolly présente, au nom de M. Siemerling, une préparation qui concerne un étranglement congénital du nerf optique.

M. Oppenheim. — Quand le nerf optique n'a pas subi d'aplatissement y a-t-il au microscope des altérations? En 1887, j'ai présenté des préparations relatives à la dégénérescence des olives dans l'athéromasie des artères de la base (*Berlin. Klin Wochennschtif*, n° 34). Dans l'espèce, il y avait artério-sclérose de la vertébrale, sans cependant qu'on pût prononcer le nom d'anévrysme. Il n'y avait pas eu compression du bulbe, ni dépression de cet organe, et cependant l'olive correspondante était atrophiée; atrophiées en étaient les fibres.

M. Bernhardt. — Qu'est-ce que l'atrophie du nerf optique de Fuchs?

M. Otto. — Je n'ai pas trouvé d'atrophie du nerf optique dans le voisinage des vaisseaux malades, quand il n'y avait pas les modifications morphologiques susmentionnées du nerf et de ses vaisseaux.

M. Bauer présente un malade atteint d'*hémihyperhydrose croisée*. C'est un homme de trente-six ans, sans hérédité, qui n'a pas eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde, il y a dix-huit ans. Il est atteint d'une hypersécrétion sudorale sur la moitié droite du corps jusqu'au nombril, et sur le côté gauche le long de la jambe

depuis l'arcade crurale. La tête, les deux bras et la jambe droite ne présentent aucune anomalie semblable. La pilocarpine ne détermine qu'une faible sudation même dans les régions qui ne suent d'ordinaire point. On trouve défaut complet de poils autour du mamelon gauche, tandis que le mamelon droit est normal à cet égard ; dimensions variables des pupilles; hippus intermittent; aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité. Intégrité des réflexes. Légère lassitude ; céphalalgies fréquentes; la main gauche se gèle facilement. Evidemment c'est un cas d'anomalie, probablement congénitale, restée stationnaire, dont le patient ne s'est aperçu qu'à l'âge de quatorze ans.

Discussion. — M. Jolly. Dans des cas d'hémihyperhydrose la pilocarpine produit généralement une active et égale sudation des deux côtés ; la sécrétion est simplement plus tardive du côté qui sue le moins.

M. Remak rappelle un malade atteint de tabes qu'il a présenté à la Société en 1880 ; il y avait, outre un trouble notable de la sensibilité avec ataxie du membre supérieur droit, une très vive sécrétion sudorale exclusivement limitée à la moitié droite du corps avec rougeur légère du visage. Quand le malade s'était fatigué ou qu'il avait ingéré des aliments acides, ce phénomène apparaissait dans son plein.

M. Kœnig. — *De la fatigue du champ visuel et de ses rapports avec le rétrécissement concentrique, des affections du système nerveux central.* Qu'est-ce que la fatigue du champ visuel? Qu'il y ait ou non au préalable rétrécissement concentrique, on voit suivant le méridien le plus ample se produire un rétrécissement fonctionnel plus ou moins irrégulier. Cette fatigue caractérise l'anesthésie rétinienne de de Græfe (1865), désignée depuis sous les noms d'amblyopie du champ visuel (Schwiegger); anesthésie optique (Pflüger); hyperesthésie rétinienne (Steffan); asthénopie neurasthénique (Beard-Wilbrand); asthénopie nerveuse (Wilbrand). L'asthénopie nerveuse en question est l'expression locale d'un état général du système nerveux; elle va de pair avec une exagération de la sensibilité et une légère excitabilité de l'appareil de la vision, et se traduit non seulement par la constatation périmétrique susmentionnée, mais aussi par une diminution de l'acuité centrale, des troubles de l'accommodation, de la paresse des muscles de l'œil, des fantasmes entoptiques, des hallucinations de la vue, de blépharospasme. C'est Fœrster qui, en 1877, remarqua que, dans ces conditions, l'individu atteint présentait des troubles de perception variables suivant les méridiens de l'œil, quand on distançait les séances, pourvu qu'on sût varier le mode d'introduction de l'objet dans le champ périmétrique (déplacement des champs

visuels de Fœrster). Aujourd'hui Wilbrand a simplifié la méthode. On s'occupe simplement du méridien horizontal. L'objet soumis à l'œil examiné est introduit lentement et suivant un mouvement uniforme par le plan temporal, il chemine en passant par le point de fixation vers le plan nasal. On note avec soin le moment précis où il est perçu par le patient et celui où il disparaît du champ visuel et l'on revient au point de départ en faisant la constatation inverse. Il est évident que si le champ visuel n'est pas fatigable, l'objet ressortira du champ visuel juste au point où il y était entré tout à l'heure et *vice versa*. On recommence pour se rendre compte du nombre de voyages nécessaires pour fatiguer le champ visuel, des variétés de la perception à chaque tour, et aussi de la facilité avec laquelle le champ visuel récupère par l'exercice son activité et son amplitude. On a ainsi le champ visuel minimum et le champ visuel maximum. On apprécie le fonctionnement du champ visuel à ce point de vue spécial et par des objets et par des cordes. On note si le champ visuel est au début concentrique ou non, s'il se produit des phénomènes de lassitude, de quel côté ces phénomènes sont le plus accentués, la quotité du champ visuel minimum. On apprécie également le degré d'attention des malades, en comparant, par la multiplication des tours du curseur et l'interception des séances propres à calmer la fatigue, les indications du sujet.

C'est ainsi que Wilbrand a trouvé que la quotité de fatigue est la plus accentuée quand on commence; que le plan temporal se fatigue plus vivement que le plan nasal; qu'il y a même des cas dans lesquels la fatigue se limite au plan temporal; enfin qu'il existe un *champ visuel oscillant*. En pareille circonstance, l'objet à examiner disparaît sur une certaine étendue du chemin qu'il parcourt pour reparaître plus loin et ainsi de suite; en d'autres temps il y a série de scotomes inégaux et irréguliers. Leur nombre est inversement proportionnel à ia rapidité de l'excursion du cavalier. Or le champ visuel oscillant peut affecter la forme chronique. Il en existe aussi une forme très rare, le scotome central ou paracentral, déjà observé par Wilbrand et Sœuger.

Quoi qu'il en soit, M. Kœnig a examiné quatre-vingt-dix-neuf hommes et cent seize femmes : deux cent quinze individus. Il a trouvé des modifications du champ visuel chez vingt-deux hommes et cinquante-neuf femmes : en tout quatre-vingt-un. Il en a suivi quarante-un pendant trois mois. Chez quelques-uns, il a tenté de modifier le champ visuel, soit en pratiquant la galvanisation céphalique, soit en faisant inhaler du nitrate d'amyle. Sous l'influence de ce dernier, le champ visuel augmente, la fatigue disparaît ou tout au moins diminue d'intensité. L'hypnotisme a déterminé chez un sujet constamment le type de lassitude de Fœrster et Wilbrand, avec un rétrécissement concentrique du champ visuel.

Voici d'ailleurs de quels malades il s'agissait en l'espèce :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Aliénation mentale simple	3	5	8
Démence paralytique	2	2	4
Affection organique du cerveau	3	0	3
Alcoolisme chronique	0	2	2
Hystérie ou neurasthénie hystérique	2	32	34
Hystérie et épilepsie	1	5	6
Epilepsie	2	8	10
Névrose traumatique typique	5	5	10
Névrose traumatique avec épilepsie	2	0	2
Névrose traumatique avec vésanie organisée	1	0	1
Névrose traumatique avec démence simple	1	0	1
	22	59	81

Chez ces malades donc, M. Kœnig a constaté les manifestations de la fatigue du champ visuel et le rétrécissement uniformément concentrique du champ visuel. Ces deux accidents peuvent se combiner. La fatigue peut aussi survenir, le champ visuel ayant conservé son amplitude normale (quatre observations). Comme l'a dit Wilbrand, c'est tout au début de l'expérience que la fatigue se montre la plus vive, et c'est le plan temporal qui est le plus vivement affecté. On n'a jusqu'alors point observé que le plan nasal fût seul atteint. Mais la fatigue unilatérale du champ visuel a été observée par M. Kœnig ; il en fera l'objet d'un mémoire à part.

De Grœfe, Leber, Parinaud, Pflüger et Schiele, pensent que la fatigue du champ visuel est d'origine centrale. Depuis dix-huit mois Wilbrand professe qu'elle est d'origine rétinienne. Les observations de M. Kœnig relatives à la fatigue unilatérale rendent cette dernière manière de voir probable. Mais peut-être y a-t-il aussi, si l'on en croit les constations anatomiques de Schiele, une fatigue originaire de l'écorce cérébrale, ce qui n'empêche du reste que les diverses modalités de la fatigue du champ visuel ne s'allient au rétrécissement concentrique; on n'a cependant pu formuler de loi à cet égard. Ce que l'on sait bien en revanche, c'est que le rétrécissement concentrique du champ visuel tout en étant d'origine centrale, peut se limiter à un seul œil et cela d'une façon permanente.

On ne sait pourquoi à la suite de certaines affections fonctionnelles il se produit non de l'hémianopsie (abstraction faite bien entendu de la migraine ophthalmique) mais toujours et uniquement un rétrécissement concentrique. On ne s'explique pas non plus les cas de rétrécissement concentrique unilatéral, la vision de l'autre œil demeurant absolument normale. Ces cas permettent de se demander si le rétrécissement concentrique tient bien exclusivement à des troubles fonctionnels de l'écorce du cerveau et si

l'on ne serait pas en droit en l'espèce de faire intervenir d'autres facteurs.

Les modifications du champ visuel doivent être tenues pour des symptômes objectifs mais d'une objectivité relative, car pour en déceler l'existence, il faut s'en raporter aux indications données par les sujets examinés (Wilbrand-Senger). Toutefois la fatigue et le rétrécissement concentrique du champ visuel ont même dans leurs faibles degrés, une très grande valeur symptomatique. Et c'est la vérité.

En ce qui concerne la simulation, M. Kœnig n'a jamais constaté la simulation d'un rétrécissement concentrique de faible intensité ou d'un degré modéré. On peut simuler un rétrécissement prononcé avec ou sans fatigue du champ visuel, mais pour cela il faut que le malade ait préalablement étudié le périmètre et connaisse les lois de ces phénomènes. En ce cas, l'intervention de l'appareil à fils de Wilbrand le réduira. Et par conséquent une pareille simulation devient plus théorique que pratique.

Séance du 11 juillet 1892. — Présidence de M. Jolly.

Discussion sur la communication de M. Kœnig.

M. Placzek. J'ai fait de longues études sur ce sujet, et j'ai trouvé que tous les malades atteints de névrose traumatique, qui présentaient un rétrécissement concentrique du champ visuel, décelaient le type des champs visuels déplacés de Fœrster. Mais il y a des malades qui souffrant de la même affection, ne présentent ni le rétrécissement concentrique, ni le phénomène de Fœrster. Pourquoi ? Je l'ignore.

M. Kœnig. Depuis ma dernière communication j'ai trouvé que la fatigue systématique du champ visuel agrandit le *punctum cœcum*. En pareil cas la tache aveugle augmente exclusivement vers la périphérie et non vers le point de fixation, le maximum de fatigue se montre au début de l'expérience, la fatigue disparaît quand on a multiplié les voyages du curseur et à ce moment la tache aveugle ne s'étend plus vers la périphérie, l'expansion du *punctum cœcum* par les tentatives de fatigue est plus grande du côté où existe le rétrécissement concentrique considérable, du côté ou existe le trouble de la sensibilité rétinienne que de l'autre côté. Il est à remarquer également que la fatigue ne va pas jusqu'à la périphérie du champ visuel.

M. Placzek montre un homme de quarante ans et sa fille âgée de neuf ans présentant tous deux une *hémianesthésie hystérique* comprenant aussi les fonctions sensorielles. Le père est ensuite atteint de tremblements et de faiblesse des membres inférieurs,

l'épaule gauche est secouée de mouvement irréguliers; il est anxieux terrifié, excitable, il ne dort pas. S'il essaie de passer de la situation assise à la position horizontale, il hésite; sa face se congestionne, les pupilles se dilatent pour revenir promptement sur elles-mêmes, les muscles des jambes se tendent et restent immobiles; le pouls monte de 80 à 140. On l'hypnotise alors, et sous l'influence de la suggestion, on résout cette contraction. La jeune fille est en proie à des accès de catalepsie; elle est des plus suggestibles.

L'hérédité dans la genèse de cette hystérie est notoire L'importance médicologue à cette observation est des plus nettes. Ajoutons que certains médecins y ont vu la simulation.

M. Moeli. *Des lésions de la calotte dans le pont de Varole* avec démonstrations Publié *in extenso* dans les *Archiv. f. Psychiat.*[1].

Discussion. M. Remak. La clinique a fourni à M. Moeli une paralysie unilatérale des masticateurs, alors que l'anatomie pathologique lui montrait une lésion unilatérale du noyau moteur du trijumeau. On a toujours vu dans les cas de foyers unilatéraux une paralysie bilatérale des muscles en question. M. Remak a lui-même constaté une paralysie unilatérale de ce genre avec luxation paralytique du maxillaire inférieur et ouverture de la bouche dans un cas de paralysie bulbaire apoplectique, dans son travail intitulé *Contribution à la pathologie de la paralysie bulbaire.*

Quant à l'*hémihypéresthésie croisée* observée, il est intéressant de relever l'existence de douleur dans la moitié du corps hypéresthésiée. Tout récemment Edinger appelait l'attention sur les douleurs d'origine centrale à propos d'un cas dans lequel on trouva une lésion au foyer de la partie la plus externe de la couche optique et du segment le plus postérieur de la capsule la plus interne. Maun chez un malade atteint d'hypéresthésie croisée du trijumeau d'un côté et du côté opposé du corps, qui, lui aussi, accusait des douleurs, a rencontré un foyer de ramollissement dans le bulbe (*Berlin, Klin. Wochenschrift*, 1892, n° 11). Il a montré que les douleurs avaient une origine centrale, quel que fût le point lésé dans le trajet des voies sensitives centrales. Remak lui-même a présenté à la Société en 1888 (*Archiv. f. Psychiat.*, XII), un malade affecté d'hémianesthésie croisée du trijumeau et accompagnée de paralysie des cordesvocales chez lequel il existait des sensations douloureuses dans les extrémités insensibles.

M. Oppenheim. Je traite en ce moment un tabétique affecté de paralysie de la sensibilité et de la motilité dans le domaine du trijumeau d'un côté. Le ptérygoïdien externe est seul atteint; il y a suppression du mouvement du maxillaire inférieur du côté sain, quand il ouvre la bouche, le maxillaire inférieur dévie du côté para-

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, n° 73, p. 1.

lysé, il n'y a pas de troubles du mouvement du côté du temporal T, ces muscles sont simplement un peu moins sensibles au courant électrique.

M. Senator fait remarquer, à propos du fait de M. Moeli, que parmi les masticateurs innervés par le trijumeau, sont seuls parésiés ceux qui sont soumis à l'action individuelle de la volonté de chaque côté, savoir : les muscles ptérygoïdes qui produisent des mouvements latéraux du maxillaire inférieur. Les masticateurs proprement dits, qui ne sont pas susceptibles de mouvements indépendants unilatéraux, sont demeurés intacts. Or les muscles qui normalement agissent toujours de concert ne sont paralysés, dans les cas de foyers unilatéraux que lorsque les noyaux ou les fibres radiculaires sont lésés, mais non point quand il y a lésion des tractus centraux que régit immédiatement l'écorce, car alors chaque hémisphère cérébral innerve suffisamment les muscles chargés de mouvements associés, combinés, coordonnés, connus.

M. Kœppen. *De la formation de cavités de la moelle à l'état aigu* avec démonstrations. Sera publiée ailleurs.

. . . .

BIBLIOGRAPHIE

VII. *Traité élémentaire des maladies mentales*; par le professeur S. S. Korsakov. Moscou, 1893, 604 p. (en russe).

Après une série de travaux remarquables touchant aussi bien à la pathologie mentale pure qu'aux questions pratiques relatives à l'assistance des aliénés[1], l'éminent professeur de l'Université de Moscou publie aujourd'hui un cours complet des maladies mentales.

Dans la première partie de ce cours, l'auteur consacre une soixantaine de pages à des notions élémentaires de psychologie ; il ne s'arrête sur ce sujet que juste assez pour permettre à ceux qui

[1] Citons quelques-uns des travaux de M. Korsakov : « *Sur une forme de maladie mentale combinée avec la neurite muliple dégénérative* » ; « *Sur un cas de psychose polyneuritique avec autopsie* » ; « *Contribution à la symptomatologie de la forme polyneuritique des psychoses posttyphoïdiques* » ; « *Sur les formes aiguës de la folie* » ; « *Sur l'assistance familiale des aliénés* » ; « *Sur la pathogénie de la paralysie spéciale atrophique et de la neurite multiple* » ; « *De la paralysie alcoolique*, etc. »

désirent se consacrer d'une façon spéciale à l'étude des maladies mentales, de consulter avec fruit les ouvrages de Wundt, de Taine, de Spencer. Il se montre réservé sur les résultats des recherches pyschométriques faites dans ces derniers temps principalement au laboratoire de Wundt. Cependant, il constate que l'introduction d'une nouvelle méthode scientifique dans l'étude des phénomènes psychiques a contribué à mieux établir la théorie de la perception et de l'aperception.

Après le résumé des notions psychologiques, le professeur traite d'une façon très vaste la psychopathologie générale. Dans la symptomatologie générale il donne une description détaillée de tous les états psychopathiques typiques : l'*état mélancolique* qui peut être passif ou actif; l'*état maniaque* avec ses deux variétés : état d'excitation maniaque et état de fureur; l'*état de confusion mentale* avec ses différentes formes : état de rêve, état de délire général et état de stupeur; l'*état paranotaque ; l'état de démence;* et, enfin, l'*état de déséquilibration psychique*.

Il étudie ensuite les *troubles élémentaires* de l'activité psychique dont les différentes combinaisons contribuent à former les états psychopathiques que nous venons d'indiquer. Ce sont : les troubles *intellectuels*, avec toutes les modifications qui peuvent survenir : 1° dans le nombre des conceptions; 2° dans leur qualité, depuis les illusions et les hallucinations qui ne sont que « des idées revêtues d'une brillante enveloppe sensitive », jusqu'aux idées délirantes proprement dites et aux idées fixes; 3° dans l'intensité des conceptions ; 4° dans la rapidité avec laquelle elles se succèdent; 5° dans leur association; 6° dans leur stabilité; 7° dans la mémoire : hypermnésie, amnésie, paramnésie.

Ce sont encore les troubles de la *conscience* de soi-même, tels que l'inconscience de l'état morbide, la somnolence, le coma; les troubles de la *sensibilité psychique;* la *faiblesse irritable;* l'hyperesthésie psychique avec sa variété de moral insanity, l'hyperalgésie psychique, les différentes formes pathologiques de l'état anesthésique, les émotions. L'auteur parle ensuite des troubles élémentaires de la *volonté* avec les modifications pathologiques qui se produisent dans le choix des motifs, les penchants, les désirs irrésistibles, les impulsions, le dédoublement de la personnalité, les phobies, les déviations de l'instinct génital; les troubles de l'*attention;* les troubles *moteurs* avec leurs diverses manifestations : extrême mobilité, immobilité, tics, catalepsie, tétanie, mimique bizarre; les troubles du *langage* tels que la logorrhée, le mutisme, les néologismes; les troubles de l'*écriture*.

Un grand chapitre est consacré aux troubles *somatiques* des aliénés et en tête est placée la question du sommeil dont les modifications forment une transition naturelle entre les symptômes psychiques et les manifestations physiques.

L'auteur passe ensuite aux troubles très nombreux qui s'observent du côté des fonctions physiques du système nerveux central ou périphérique et qui consistent en des modifications plus ou moins graves d'ordre moteur, sensitif, sécrétoire et vaso-moteur. C'est dans l'étude de tous ces troubles qu'on voit combien la pathologie mentale est étroitement liée à la neurologie. Du côté des systèmes autres que le système nerveux, on observe souvent des troubles chez les aliénés, mais leur importance n'est pas toujours également grande. Dans tous les cas, l'auteur est convaincu que le rapport entre les affections psychiques et les troubles physiques peut être très considérable, d'où résulte la nécessité absolue d'examiner chez les aliénés l'état de tous les organes. La psychopathologie générale traite encore des anomalies du développement physique, de l'évolution des maladies mentales, de leur classification, de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, du diagnostic, de la thérapeutique générale, de la législation, de l'expertise médico-légale. Ce qui nous a frappé dans l'exposé de toutes ces questions c'est l'abondance d'idées nouvelles, de conseils pratiques précieux, de vues originales, personnelles. Ainsi, on ne peut qu'applaudir à l'insistance avec laquelle M. Korsakov recommande l'emploi de la méthode graphique dans l'étude de l'évolution des maladies mentales. L'application de cette méthode a, en effet, des avantages énormes ; si imparfaite qu'elle soit encore, elle permet de remarquer du premier coup non seulement les oscillations survenues dans l'état psychique, mais encore les rapports qui existent entre ces oscillations et les autres courbes, la courbe du poids, la courbe du nombre d'heures de sommeil, de l'apparition des règles chez la femme, etc.

Les idées de l'auteur sur la valeur des anomalies du développement physique méritent également d'être mentionnées. Il faut bien se rappeler, dit-il, qu'il n'existe pas un seul individu chez lequel à un examen bien détaillé, on ne trouverait pas un stigmate physique quelconque. Il est certain qu'il devient utile de mettre une bride à cette passion de la recherche des stigmates de dégénérescence; on en voit partout : chez les criminels de tout nom et de toute espèce, chez les prostituées, etc. On oublie évidemment que le terme juridique de « crime » est loin de présenter, en tant que manifestation d'une mauvaise volonté, des limites très précises. Il en de même pour le terme de « prostitution » et pour d'autres qui ont servi de prétexte à la recherche des stigmates dégénératifs.

Il est curieux aussi de noter la classification adoptée par M. Korsakov. Celle de Krafft-Ebing lui déplaît à cause de sa complexité, du manque de netteté de ses divisions, de l'impossibilité dans laquelle on se trouve souvent, dans la pratique, de rattacher tel ou tel cas observé en clinique à l'une des formes de Krafft-Ebing. Quant à la classification de la Société des aliénistes de Saint-Pétersbourg et à celle adoptée à Paris par le Congrès international

de 1889, M. Korsakov ne fait que les citer. La sienne, adoptée en 1892 par la Société des aliénistes et des neuropathologistes de Moscou doit être rappelée. L'auteur divise toutes les psychoses en trois grandes classes. La *première* comprend tous les troubles psychiques symptomatiques et transitoires tels que : 1° les manifestations psychiques au cours de différentes affections somatiques; 2° les états psychopathiques très fugaces en rapport avec une action toxique immédiate; 3° les états psychopathiques indépendants qui se montrent sous l'influence des causes occasionnelles chez des individus atteints d'une prédisposition névropathique. Aussi voit-on figurer dans cette première classe : le délire fébrile, l'état psychopathique des maladies générales sans fièvre, le délire du collapsus, la confusion mentale asthénique, le délire traumatique, l'état comateux, l'intoxication par les boissons alcooliques, les autres intoxications, la fureur transitoire, le somnambulisme, l'émotion pathologique, les états impulsif et hypnotique. On pourrait évidemment critiquer cette première division, car il paraît aujourd'hui prouvé que le délire de la fièvre typhoïde, du collapsus, de la confusion mentale asthénique, tiennent également à une intoxication du sang par des ptomaïnes analogues à l'intoxication par l'alcool, le haschisch, etc.; dès lors, les deux premières subdivisions se confondent au point de vue étiologique.

La *deuxième* classe comprend les psychoses et les constitutions psychopathiques. Elle se divise en trois groupes : 1° formes fondamentales des psychoses; 2° constitutions psychopathiques, et 3° maladies mentales à base organique. Au premier groupe se rattachent : *a*) la mélancolie avec ses subdivisions : disthymie, mélancolie typique, melancolia attonita; *b*) manie (excitation maniaque, manie aiguë et manie suraiguë); *c*) confusion mentale ou amentia de Meynert ou dysnoïa de Korsakov; *d*) paranoïa aiguë, subaiguë et chronique avec les subdivisions de cette dernière en délire de persécution, type Lasègue, la folie processive, folie religieuse, érotique; *e*) formes mixtes : vésanie mélancolique, catatonique, etc.; *f*) formes terminales : paranoïa secondaire et démence secondaire.

Dans le deuxième groupe on trouve : *a*) les psychoses périodiques simples et circulaires; *b*) les constitutions psychopathiques originelles : instabilité générale, paranoïa originaire, folie à deux, délires des dégénérés, manie raisonnante, folie morale, inversions du sens génital, folie impulsive, autres syndromes non encore suffisamment décrits; *c*) la neurasthénie et les psychoses neurasthéniques ; *d*) les psychoses dégénérativo-neurasthéniques, les obsessions, psychoses hypochondriaques; *e*) les psychoses épileptiques : dégénérescence psychique des épileptiques, psychoses épileptiques transitoires ou durables; *f*) les psychoses hystériques; *g*) les psychoses choréïques; *i*) les psychoses de la maladie de

Basedow, de la paralysie agitante, etc; *k*) les psychoses et psychonévroses traumatiques; *l*) les maladies psychiques constitutionnelles consécutives aux affections cérébrales; *m*) les maladies mentales constitutionnelles consécutives aux intoxications chroniques : alcoolisme chronique avec la dégénérescence psychique des ivrognes, delirium tremens, délire alcoolique durable, etc. ; morphinisme, cocaïnisme et autres intoxications ou auto-intoxications chroniques. Le troisième groupe contient : le délire aigu, la paralysie générale, la démence sénile, les affections organiques diffuses mal limitées, la psychose polynévritique, la syphilis cérébrale et l'affaiblissement intellectuel par lésion cérébrale circonscrite. Enfin la *troisième classe* comprend les états liés à un arrêt de développement : idiotisme, imbécillité et crétinisme.

Les chapitres suivants sont consacrés à l'anatomie et à l'étiologie des maladies mentales. Le chapitre qui traite du diagnostic contient beaucoup de conseils précieux. Nous y trouvons un plan systématique très complet et très bien compris qui peut être un guide excellent pour l'examen détaillé d'un aliéné.

La *deuxième partie* du Traité donne une description des différentes formes de maladies mentales d'après l'ordre indiqué par la classification de l'auteur. Ici encore, tout est clair, substantiel, sans redites stériles et fatigantes. Ce qui a été décrit surtout avec un soin particulier, c'est la confusion mentale, l'amentia de Meynert, dans laquelle l'auteur distingue quatre variétés : 1° confusion mentale primaire à forme stupide, curable (dysnoïa stuporosa de Korsakov); 2° confusion mentale aiguë hallucinatoire à forme délirante avec ses subdivisions : confusion mentale à forme maniaque, confusion mentale à forme mélancolique, confusion mentale à forme récurrente et alternante de Greidenberg; 3° confusion mentale à forme démentielle; et 4° confusion mentale à forme abortive. Dans l'exposé des psychoses des dégénérés, on trouve une description très concise du fond mental des malades de cette catégorie.

La place nous manque pour rapporter ici toutes les idées de l'auteur sur la paranoïa, les folies intermittentes, les psychoses liées à la maladie de Basedow, etc., etc. On peut sur un certain nombre de questions ne pas être complètement d'accord avec M. Korsakov, mais tout dans son livre est à étudier et à consulter. En terminant cette analyse trop courte pour un travail aussi documenté qu'il nous soit permis de dire que ce Traité mérite une place parmi les manuels les plus renommés de notre temps. Aussi, son succès nous paraît-il tout à fait assuré.

J. Roubinovitch.

FAITS DIVERS

Asiles publics d'aliénés du département de la Seine. — *Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier* 1894. — Le lundi 27 novembre 1893, à une heure précise, il sera ouvert à l'Asile Clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacanter au 1er juillet 1894 à l'Asile Clinique, aux Asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, et Villejuif. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à quatre heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 23 octobre au samedi 11 novembre 1893, inclusivement.

Asiles d'Aliénés. — *Asile de l'Hérault.* Le Conseil général qui, depuis six ans, s'occupe de la construction d'un asile départemental des aliénés devant coûter quatre millions, a encore cette année décidé de retarder la solution jusqu'en janvier 1894.

École libre de magnétisme. — L'ouverture de l'Ecole libre de magnétisme, fondée par la Société magnétique de France, a eu lieu cette semaine, rue Saint-Merri, 28. M. de Champville a ouvert la séance par une allocution dans laquelle il a exposé le but de cette nouvelle institution qui se propose de mettre la thérapeutique magnétique à la portée des amateurs!! M. Durville a exposé ensuite le programme des cours. Puis M. le docteur Encausse (Papus) a fait sa première leçon de physiologie (?). — Grâce à cette école, tout porte à croire que les médecins neurologiques verront d'ici peu augmenter leur clientèle.

Les fous. — Hier, l'après-midi, un insensé, Cross, dont la femme a été récemment internée, se promenait rue Saint-Georges, à Saint-Ouen, dans un costume plus que sommaire. Le malheureux allait de porte en porte offrant de vendre son pantalon et sa chemise, qu'il venait de retirer dans le milieu de la rue. On l'a prestement envoyé à l'infirmerie spéciale.

— Avant-hier, une dame se présentait au commissariat du quai de Gesvres, disant : « Veuillez avoir l'obligeance d'avertir mon fils qu'il n'est plus mon fils et que je ne suis plus sa mère. Elle se retira, suivie par un agent qui l'arrêta au moment où elle allait enjamber

le parapet du Pont-au-Change. La pauvre folle s'appelle Louise Steiner, elle est âgée de quarante ans et demeure 57, rue de Rambuteau.

—Une heure après, au même commissariat, un mendiant entrait et disait d'une voix dolente : « Je suis fou, je me suis évadé il y a deux jours de Ville-Evrard en mettant les vêtements d'un gardien; j'ai rôdé dans Paris depuis ce temps-là, mais j'en ai assez de la liberté. Comme je suis fou, renvoyez-moi à Ville-Evrard. »

—Rue Barye, Victor Berset, âgé de trente-trois ans, a été arrêté commettant toutes sortes d'excentricités sur la voie publique.

—M. Gavrelle a fait arrêter encore un cocher, âgé de vingt-neuf ans, François Vitocar, qui se sauvait à toutes jambes sur le boulevard Malesherbes, épouvanté, criant aux passants que trente individus voulaient l'assassiner et avaient lancé des rats à sa poursuite.

— Et enfin, pour clore cette série lugubre, un Dijonnais, Henri Gautier, a été également envoyé à l'infirmerie du Dépôt, parce que l'amour de la Russie avait troublé son jeune cerveau. Il prétendait qu'il était messager de Dieu, chargé de cimenter l'alliance franco-russe, il ajoutait qu'il était venu exprès de Dijon pour s'entendre avec le président de la République, au sujet de la réception des marins russes à Paris. (*Le Petit Troyen*, 22 sept.)

Si nous reproduisons aussi souvent des faits de ce genre, ce n'est pas pour convaincre nos lecteurs de la nécessité de l'internement rapide des aliénés dans les asiles, leur opinion à cet égard est faite depuis longtemps, mais, c'est pour qu'ils aient sous la main des documents leur permettant d'intervenir utilement dans les séances des commissions de surveillance et des commissions spéciales des Conseils généraux.

J.-B. Charcot et Georges Guinon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Dagonet (J.). — *Les nouvelles recherches sur les éléments nerveux* Brochure in-8° de 47 pages. Prix, 1 fr. 25. Paris, 1893.— Librairie O. Doin.

Kraepelin (E.). — *Psychiatrie. — Fin Kurzes Lehbuch für Studirende und aerzte.* Volume in-8° de 702 pages. Leipzig, 1893. — Verlag A. Meiner.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. 1193.

Vol. XXVI. Décembre 1893. N° 82

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

PERSÉCUTÉS AUTO-ACCUSATEURS ET PERSÉCUTÉS POSSÉDÉS[1]

Par MM. J. SÉGLAS, médecin de la Salpêtrière et G. BROUARDEL, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Nous n'avons pas la prétention, dans cette brève communication, de vous présenter un mémoire détaillé sur les variétés cliniques du délire des persécutions. Notre but est plus modeste; nous nous contenterons de vous apporter quelques observations recueillies à la Salpêtrière, dans le service de M. J. Falret, et qui nous ont semblé offrir quelques particularités dignes d'intérêt.

I

C'est un fait clinique aujourd'hui bien connu que le délire des persécutions typique repose toujours sur un fonds d'orgueil. Le persécuté vrai, même lorsqu'il ne formule pas nettement d'idées orgueilleuses, est toujours disposé à voir dans les misères qu'on lui fait une preuve de la jalousie, de l'envie que lui portent ses ennemis. Aussi se pose-t-il toujours en victime injustement attaquée, et pouvant de ce fait se révolter contre l'injustice des persécutions qu'il endure et devenir agressif.

A ce persécuté classique on peut opposer le mélancolique à

[1] Communication faite au Congrès des médecins aliénistes. (Session de la Rochelle, août 1893.)

idées de persécution. Les idées de persécution participent alors des caractères généraux du délire mélancolique dont le fonds est l'humilité. L'auto-accusation habituelle au mélancolique se retrouve chez lui, même lorsqu'il émet ses idées de persécution, et pour lui, les poursuites dont il se croit l'objet trouvent leur raison d'être dans son indignité ; il les regarde en quelque sorte comme méritées. C'est toujours une victime, non plus innocente comme le persécuté vrai, mais coupable et le plus souvent résignée.— Dans de précédents travaux l'un de nous, à différentes reprises, a insisté sur ces caractères des idées de persécution du mélancolique, opposées à celles des persécutés vrais [1].

Entre ces deux types de délirants se place un groupe de malades, constituant en quelque sorte comme une transition entre les deux extrêmes. Par l'ensemble symptomatique, par l'évolution de leur affection, ces malades sont bien nettement atteints de délire des persécutions; mais leurs idées de persécution présentent ce fait particulier de ressembler à celles du mélancolique. Ils rapportent les persécutions qu'ils subissent à leur propre indignité, sont victimes aussi, mais coupables en même temps. Tout en accusant les autres, ils s'accusent eux-mêmes. Au dernier congrès de Blois, puis dans un article postérieur, M. Ballet a rapporté plusieurs faits de ce genre [2] ; en voici un nouveau que nous avons pu observer.

Mme veuve L..., âgée de quarante-trois ans, entrée le 8 juin 1893 à la Salpêtrière. D'après les renseignements qu'elle seule peut nous fournir, car elle n'est pas visitée, son père avait des tendances à boire; sa mère, marchande aux halles, buvait un peu également. Pour elle, elle dit n'avoir jamais été malade et semble n'avoir présenté jamais aucun désordre psychique.

Au dire de la malade, l'état dans lequel elle se trouve aurait commencé il y a vingt et un mois. A ce moment elle avait perdu depuis quelque temps un mari qui buvait et la rendait malheureuse ; elle prit un amant qu'elle ne vit que deux fois. Pour elle c'est là le point de départ des maux dont elle souffre. C'est cet amant qui, aidé de sa sœur, l'a fait tomber dans un guet-apens pour pouvoir l'en punir ensuite. Après la première entrevue avec

[1] J. Séglas. *Diag. des délires de persécution systématisés.* (*Sem. méd.*, 15 nov. 1890.) — *Les idées de persécution.* (*Journ. des Conn. méd.*, 1er et 8 oct. 1891.) — Voir encore *Sem. méd.*, n° 50, 1892.

[2] G. Ballet. — Compte rendu du Congrès de Blois, 1892, et *Semaine médicale*, n° 33, 1893.

son amant, elle eut un gros chagrin de ce qu'elle venait de faire ; elle eut des crises de larmes et de désespoir, mais au bout de quelques jours elle retournait auprès de cet amant. — « Je vois bien maintenant, dit-elle, que c'était lui au fond qui m'obligeait à retourner avec lui, sans que je m'en doute. »

Mais à partir de cette seconde entrevue qui lui cause encore un grand désespoir, elle est prise de ce qu'elle appelle aujourd'hui « les stérilisations dans la tête ». Ces *stérilisations sont le résultat des « bêtises qu'elle a faites »* et d'où dérivent toutes les douleurs qu'elle ressent.

Aussi, la première fois que la malade entre à la consultation, elle se plaint vivement de ces douleurs résultant des persécutions que lui infligent les habitants de son quartier qui la croient de la police. Interrogée sur l'origine de ces persécutions, elle répond sans hésitation : « *C'est pour expier mes fautes.* » Elle prie instamment qu'on la reçoive à l'hôpital et déclare que si les douleurs qu'elle ressent ne cessent pas *elle est décidée à se tuer.*

Examinée quelques jours après son entrée, ce qui frappe le plus d'abord en la malade, ce sont les hallucinations qu'elle présente.

Les hallucinations auditives sont les plus accusées. La malade dit avoir entendu nettement, lorsqu'elle se promenait, les personnes qui passaient à côté d'elle dans la rue, dire : « Si nous savions comment tout cela a commencé, nous vous ferions votre affaire. Elle est de la police ; elle est dangereuse, elle peut donner le choléra ; elle est suppliciée et peut donner des supplices aux autres. » Toutes ces paroles ne lui étaient pas adressées directement. Les personnes passaient à côté d'elle et disaient tout cela sans avoir l'air de s'adresser à elle, mais elle comprenait bien néanmoins.

Elle entendait aussi des voix nuit et jour n'importe où elle se trouvait. Ces voix semblaient provenir de loin, quelquefois de près, mais rarement.

De temps en temps la malade se met à rire d'une façon en quelque sorte impulsive. Elle prétend à ce propos que si elle rit, c'est qu'on lui dit des bêtises telles que : « Vieille salope ; vieille cochonne. » Ce qui n'est plus une injure à cause du ton sur lequel cela est dit.

En outre, elle présente aussi des impulsions et des hallucinations verbales motrices. Elle raconte qu'on lui parlait souvent en elle-même : « On me faisait chanter dans les commencements et je ne m'en apercevais même pas ; c'est une ouvrière qui me l'a dit. » A ce moment la malade rit de nouveau et dit : « Oh ! je vois bien que vous êtes électrisé aussi. Vous entrez en communication avec moi ; vous venez de me dire un gros mot. » Un peu plus tard elle reprend : Pourquoi voulez-vous m'arracher l'œil ?

— Mais, je n'ai rien dit de semblable.

— Si, si ! j'ai bien entendu.

— Ces phrases que vous m'attribuez, les avez-vous entendues par l'oreille ?

— Non ! vous êtes en communication avec moi ; je les ai entendues en moi-même. »

La malade éprouve encore d'autres troubles inverses, sorte de phénomènes d'arrêt. « On la courbature ; on l'empêche de marcher. Une fois, devant la mairie du XIe arrondissement, dit-elle, j'ai éprouvé dans le pied une vive douleur ; je ne pouvais plus lever la jambe. On m'empêche parfois de manger ; je ressens une vive douleur dans la mâchoire et suis forcée de m'arrêter. On me donne quelquefois des battements de cœur. » Elle regarde cela comme le fait de l'électricité. Elle accuse aussi des hallucinations génitales, nocturnes ou diurnes qu'elle attribue encore à ses persécuteurs ou plutôt à ses justiciers, comme nous le verrons tout à l'heure : « On me fait subir ces viols de force, nous dit-elle. Cela fait donc aussi partie de la torture ? — C'est probable. »

La malade a eu aussi des hallucinations visuelles, mais elle s'en rend compte et les explique. Elle voit les personnes qui la poursuivent et sont en communication avec elle, mais seulement quand ces personnes le veulent. Elle les voit très nettement, mais sait qu'elles ne sont pas là. Elle ajoute en souriant : « Elles sont généralement dans une tenue très inconvenante. »

Si l'on vient à lui demander quelle est la raison de cette stérilisation dans la tête, qui, d'après elle, est l'origine de tous ses maux, elle fait d'abord les réponses des persécutés ordinaires : « Vous le savez bien. Pourquoi me le demandez-vous ? Tout le monde le sait : on sait tout ce que je fais. » Mais bientôt, après des interrogatoires réitérés, elle nous dit : « Tout ça, c'est à *cause des bêtises que j'ai faites*, à cause de mon amant. »

Elle n'emploie pas dans la conversation les mots de persécution, de misères, etc. : elle n'en veut pas à ceux qui lui font du mal, qui ont inventé la machine à stériliser sa tête. Ces personnes sont son amant et sa sœur, mais *ils ne font cela que pour la punir.* Elle emploie toujours pour désigner ses souffrances les mots torture, pénitence. « Ce sont des choses de pénitence ; c'est une torture, dit-elle. »

D'ailleurs, elle croit ne pas être la seule à souffrir. Celles qui ont fait comme elle seront punies aussi. « Tant pis, dit-elle, pour celles qui s'y laissent prendre, » et elle ajoute : « Je les plains. » Elle ne croit pas que ses souffrances soient une punition pour elle seule : « On m'a prise comme échantillon pour montrer aux autres personnes *coupables* quelle était la pénitence à leur infliger. Je ressens la *troisième condamnation*, celle qui est destinée à savoir si les gens sont coupables ou non. »

— Alors tout ce que vous ressentez n'est pas injuste ? lui demandons-nous.

— Non, répond-elle *ce n'est pas injuste pour les coupables.*

Telles sont les idées qui dominent la scène psychique et qui ressortent surtout de l'interrogatoire. Elle souffre beaucoup, mais c'est une punition et elle l'a méritée; bien plus, elle doit servir d'exemple à toutes celles qui commettront des fautes comme elle. Elle est persécutée, mais elle n'a pas grande animosité contre ceux qui la fuient ou cherchent à lui nuire. On la fuit parce qu'elle subit la troisième condamnation que tout le monde doit craindre, condamnation que lui ont value ses fautes et qui doit servir d'exemple à tous.

La malade ne présente pas de vices de conformation physique à part une légère asymétrie faciale. Les diverses mensurations craniennes que nous avons pratiquées sur elle nous ont donné les résultats suivants :

Diamètre antéro-postérieur maximum	17,3
Diamètre transverse maximum	15
Circonférence horizontale	54
Demi-circonférence antérieure	27
Courbe antéro-postérieure	32
Courbe transverse	30

Il s'agit incontestablement ici d'un délire des persécutions ainsi qu'on le voit par l'évolution de la maladie qui s'est développée primitivement sans les troubles émotionnels et volontaires préalables qui figurent à l'origine de la mélancolie. Pris dans leur ensemble, les caractères de l'affection de notre malade sont bien ceux du délire de persécution, et les différents symptômes sont ceux que l'on rencontre au cours de cette vésanie (hallucinations, troubles de la sensibilité générale, néologismes, etc.). Ce qu'il y a de particulier chez cette persécutée, c'est d'abord l'explication qu'elle donne de ses souffrances et qui rapproche ses idées de persécution de celles des mélancoliques. Elle s'accuse elle-même; si elle est persécutée, c'est qu'elle est *coupable :* elle répète les mots de *pénitence*, de *supplice*, *torture*, *condamnation*, même lorsqu'elle n'avoue pas la faute primitive qu'elle a commise. Or, si ces expressions sont familières aux mélancoliques, elles sont bien rares chez les persécutés vrais.

Ce caractère particulier se retrouve non seulement dans les expressions qu'emploie la malade, mais aussi dans ses hallucinations. Ses voix ne font pas que l'accuser; on y retrouve encore le caractère divergent des hallucinations des mélancoliques. On l'accuse, en effet, d'être un être nuisible, capable de donner le choléra aux autres.

Il est encore un point à signaler, cette malade n'est point agressive, réclamante comme les persécutés ordinaires; elle ne cherche point à lutter contre ceux qui la persécutent; loin de tenter un acte violent contre autrui, comme c'est un fait habituel chez le persécuté, elle a manifesté, au contraire, des idées de suicide.

Ces caractères sont reliés à une origine génitale comme point de départ du délire ; c'est en effet la faute qu'elle a commise en prenant un amant qui est le point de départ de tous ses maux. C'est là un fait qui mérite d'être relevé, car M. G. Ballet l'a signalé dans toutes ses observations.

Cette observation comparée à celles de M. Ballet nous montre donc que chez certains malades vraiment atteints du délire des persécutions, les idées peuvent revêtir l'aspect qu'elles ont chez les mélancoliques. Il semble que ces malades constituent en quelque sorte un groupe mixte, tenant du délire des persécutions par le fond, de la mélancolie par les idées délirantes, et servant de transition à ces deux modalités entre lesquelles ils sont comme un trait d'union.

II

Mais, Messieurs, s'il est des persécutés qui se font remarquer par la nature spéciale de leurs idées de persécution faisant d'eux en même temps des auto-accusateurs, il en est d'autres qui diffèrent aussi par plusieurs points des persécutés ordinaires, ce sont les persécutés possédés.

« Les symptômes les plus saillants de la maladie, disait l'un de nous[1] à la Société médico-psychologique, sont alors les hallucinations verbales motrices qui dirigent absolument la scène pathologique. Il peut y avoir aussi des hallucinations verbales auditives, mais plus effacées, parfois même elles manquent complètement. On peut rencontrer aussi des hallucinations visuelles, simples et même verbales. En revanche, à côté des hallucinations verbales motrices prédominantes, se manifestent des hallucinations motrices communes, également très accentuées, telles que sensations de déplacement d'une partie du corps ou du corps tout entier, de mouvements imaginaires dans certaines parties du corps, et même des impulsions diverses, verbales ou portant seulement sur des mouvements que le malade accomplit malgré lui. On peut noter aussi des phénomènes inverses d'inhibition (obstacles à l'accomplissement de certains actes volontaires), des troubles de la sensibilité profonde (sensations de pesanteur, de légèreté, de vide, de rapetissement), des troubles de la sensibilité viscérale, des hallucinations génitales. Ce sont souvent ces différents symp-

[1] J. Séglas.— *Variété psycho-motrice des délires de persécution*. (*Ann. médic. psych.*, n° janvier 1893, p. 110.)

tômes qui marquent le début de la maladie, les hallucinations verbales ne se montrant qu'un peu plus tard. »

Le fait capital est alors la prédominance excessive des troubles psycho-moteurs avec les altérations de la personnalité qui en résultent et que le malade traduit au dehors par des idées de possession.

Tels sont, dans le fait suivant, les symptômes que nous voyons se placer au premier plan à une certaine époque de la maladie, qui, au début, se présentait sous l'aspect le plus ordinaire du délire des persécutions.

Mme P..., née L..., âgée de trente-six ans, entrée le 10 juillet 1893 à la Salpêtrière, ne présente rien de particulier, au moins d'après ce qu'elle raconte, dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Le début des accidents actuels remonte à sept ans environ. La malade qui travaillait à la manufacture des tabacs, va, un dimanche au matin, chercher du café chez un épicier qui auparavant faisait déjà, dit-elle, le geste de l'appeler. Il l'aurait alors tirée par une porte ; elle lui aurait répondu par un coup de coude et serait partie, l'entendant dire : « Tu te rappelleras avoir refusé, tu mourras à petit feu. » Elle rentre ensuite chez elle très impressionnée, porte la main à sa tête pour se peigner et se sent alors comme électrisée. Elle fait son café qui lui laisse dans la bouche un goût de soufre, comme s'il était empoisonné ; elle ressent une soif inextinguible.

En même temps, elle a commencé à entendre parler de loin, sous le lit, dans la cheminée. Elle distinguait deux voix, une d'homme, une de femme. Ces voix parlaient haut et cela « lui passait à l'oreille ». Elles lui disaient des gros mots, des injures, des méchancetés pour la faire rougir devant le monde.

Elle a eu aussi des hallucinations de la vue : elle voyait des flammes de feu et mettait le pied dessus pour voir si c'était vrai. Ils lui ont fait voir un homme nu avec une chandelle à la main, qui lui disait : « Tu as vu le devin, tu n'as pas fini. » Elle s'enfuit, revient et le voit de nouveau. En se peignant, elle se voyait à elle-même des yeux gros comme le poing et rouges comme du sang. Elle voyait souvent aussi plusieurs personnes au lieu d'une ; elle voyait des bêtes dans son assiette, et tout en se rendant compte que cela n'était pas vrai, « qu'ils lui faisaient voir dans les yeux », elle ne pouvait arriver à manger.

D'autre part, lorsqu'elle mangeait, elle ressentait de mauvais goûts dans la bouche et on lui disait : « mange du caca, charogne ! »

Au début, elle ne comprenait rien à tout cela ; ce sont les voix

qui lui ont donné la raison de ces misères, en lui disant : « Tu as refusé, tu t'en repentiras. »

Dès ce moment, elle a présenté quelques-uns des symptômes qui se sont développés plus tard : on l'anéantissait ; on lui arrêtait ses pensées et on lui coupait ses phrases. On l'empêchait de faire certains actes, mais elle s'entêtait et arrivait encore à se dominer.

Elle regardait les hommes sans pouvoir s'en empêcher, et une voix les lui proposait, lui fixant même un lieu de rendez-vous. Mais elle se serait tuée plutôt que d'y aller, craignant d'être anéantie et de ne pouvoir en sortir. Elle avait aussi des hallucinations génitales et ressentait fréquemment des secousses électriques.

La nuit, elle ne dormait pas, son lit la brûlait, tournait, dansait; elle entendait toute sorte de bruits ; elle ressentait des tremblements, ses mains se contractaient ; on lui ouvrait la gorge, on lui tirait la langue.

Cela a duré ainsi environ cinq ans. Jusque-là, elle a pu combattre ; malgré tout ce que faisaient ses ennemis qui allaient jusqu'à lui contracter bras et jambes pour l'immobiliser, elle pouvait encore prendre le dessus : elle répondait à ses ennemis et les faisait taire. Maintenant, elle ne peut plus rien faire, n'ayant plus de volonté.

C'est que depuis deux ans sont apparus de nouveaux symptômes qui se sont accentués surtout depuis six mois et qui lui ôtent toute énergie personnelle, tout pouvoir de réaction.

Les voix qu'elle perçoit ont changé de nature. Elle ne les entend plus du tout par l'oreille, sauf un léger bourdonnement plus fort quand c'est l'homme qui parle, mais ce n'est pas une voix formulée. Elle perçoit la voix par la bouche et il y a des moments où cela lui fait marcher la langue. « C'est comme cela, dit-elle, qu'ils communiquent avec elle », car elle ne prononce rien, n'entend pas de parole en même temps. Elle a essayé d'arrêter sa langue avec ses dents, mais quelque chose la lui tire et cela recommence. De même elle serre son corset pour arrêter la voix venant de l'estomac, qui alors lui dit : « Oh ! tu me serres, suis-je assez lasse ! » D'autres fois elle se pend par les bras et cela fait cesser la voix pendant quelques minutes. Tout le temps qu'elle parle elle-même, la voix la laisse tranquille ; après, elle recommence de suite. Cette voix s'accompagne souvent de sensations de piqûres, d'engourdissement dans une partie quelconque du corps.

En plus de ces hallucinations verbales motrices, la malade a également des impulsions nombreuses. Parfois, elle parle tout haut malgré elle : une volonté plus forte que la sienne la pousse à faire des choses qu'elle ne veut pas faire, à sortir, à courir, à marcher sans cesse, à boire et à manger sans raison. Il lui vient de mauvaises pensées ; on lui retire sa volonté de faire le bien et

on la pousse à faire le mal. « Va là, fais cela, » lui dit la voix, et alors elle se sent poussée à obéir, comme si elle était électrisée. Elle a beau lutter, cela ne sert qu'à la faire souffrir ; elle se sent attirée comme si elle se sauvait de dessus sa chaise, et elle irait alors n'importe où. Elle est trop faible pour lutter; elle est dominée et n'a plus ses facultés.

A côté de ces impulsions se trouvent inversement des phénomènes d'arrêt. Quand cette électricité cesse, elle a comme un poids qui l'anéantit. On l'empêche de faire ce qu'elle veut, on lui retient la main dans son travail ; on lui retire sa pensée; si elle a une idée, cette idée s'en va et elle reste comme abrutie. Elle craint de parler parce qu'elle ne sait plus ce qu'elle dit. Elle se sent des poids dans le dos, des tiraillements dans les pieds. La femme lui dit qu'elle est magnétisée, qu'elle a sa pensée et qu'elle lui fera faire tout ce qu'elle voudra, même tuer quelqu'un. « Malheur! répond-elle, je préférerais me faire enfermer. » Et c'est en effet ce qu'elle a fait, car elle est venue elle-même demander son internement. Pour une persécutée ce fait vaut, il nous semble, la peine d'être signalé.

Notons encore des hallucinations génitales et des impulsions à regarder les hommes.

Toutes ces souffrances sont le résultat du magnétisme par l'électricité qui fait de la malade « *une possédée du mauvais esprit* ». L'explication qu'elle en donne ne laisse pas d'être assez particulière. Elle pense, d'après les dires de ses hallucinations, que l'épicier qu'elle accuse de lui avoir fait des propositions, a soudoyé, moyennant une somme de 800 francs, un homme et une femme pour la punir de sa résistance. Elle n'a jamais vu ces personnes, mais elles sont entrées en communication avec elle par le moyen suivant. Le jour où, au début de toute l'affaire, elle était allée acheter son café chez l'épicier, elle lui avait donné une pièce d'un franc. Elle se rappelle qu'il est sorti à ce moment et que ce n'est qu'un instant après qu'il lui a rendu sa monnaie. « Sans doute, dit-elle, il avait emporté ma pièce d'un franc pour la donner à ses agents, afin que, possesseurs d'un objet qui m'avait appartenu, ils pussent agir sur moi. » La monnaie que l'épicier lui a rendue était évidemment électrisée. En effet, en rentrant chez elle, elle la dépose sur sa commode et veut se peigner, mais en portant à sa tête la main qui avait tenu la monnaie, elle ressent comme une grande secousse ; la communication était établie.

Pour lui faire ressentir tout ce qu'elle éprouve, l'homme se sert de la femme comme d'un sujet qu'il fait souffrir pour que la malade ressente par contre-coup les mêmes souffrances. « Car, dit-elle, *nous sommes deux en une*. » Cette femme le lui a expliqué d'ailleurs : « Quand tu es inerte, je suis inerte comme toi ; quand tu vois des flammes de feu, c'est qu'on allume des allumettes

devant mes yeux ; si l'on me tue, tu mourras. Moi et toi, cela ne fait qu'une ; quand on me touche, cela te touche. » Parfois la femme dit : « Je suis lasse », et alors la malade est toute fatiguée. « Cela lui fait pareil, » et ajoute-t-elle : « C'est absolument comme si c'était moi qui l'avais dit. » Pour ses hallucinations génitales, c'est également par l'intermédiaire de cette femme qu'elle les ressent ; elle se touche et en même temps la malade éprouve des sensations voluptueuses.

Bien que cette femme soit une misérable de consentir ainsi à souffrir pour lui faire éprouver les mêmes souffrances, notre malade ne lui en veut pas trop. Elle ne la connaît pas ; il lui serait d'ailleurs impossible de la connaître, car elle lui a dit n'avoir jamais vu le jour. En revanche elle manifeste des idées de vengeance contre l'épicier qu'elle rend responsable de tous ses maux. Elle le prendra par où il l'a prise et lui montrera « ce que l'on gagne à faire souffrir une femme ».

Au point de vue somatique, la malade se plaint de quelques symptômes neurasthéniques : fatigue générale, courbature, essoufflement, faiblesse de jambes, pesanteur de la tête, gonflement de l'estomac. Les règles sont régulières.

Conformation physique normale. Très légère asymétrie faciale ; lobule de l'oreille adhérent.

Diamètre antéro-postérieur maximum	17,2
Diamètre transverse maximum	14,»
Circonférence horizontale	52,»
Demi-courbe antérieure.	25,»
Courbe longitudinale	33,»
Courbe transverse	27,»

Lorsqu'on embrasse dans son ensemble l'observation précédente, on peut reconnaître dans l'évolution de la maladie deux périodes que d'ailleurs la malade distingue elle-même ; celle où elle peut dans une certaine mesure tenir tête à ses persécuteurs, et celle où, complètement dominée, sans volonté, sans force de résistance, elle devient en quelque sorte leur chose.

Dans la première période nous assistons au développement d'un délire des persécutions ordinaire avec ses hallucinations des divers sens, surtout auditives, ses idées délirantes habituelles et ses réactions connues. Cependant, dès cette époque, il existe déjà, mais peu accentués, quelques-uns des symptômes qui deviendront par la suite les plus apparents.

En effet, dans une seconde période, la scène délirante change d'aspect. De nouveaux symptômes interviennent, d'autres analogues s'exagèrent et se placent au premier plan, ce sont les

troubles psycho-moteurs : hallucinations motrices, impulsions, aboulie, phénomènes d'arrêt, accompagnement obligé et symbole d'un dédoublement de la personnalité, tellement évident chez notre malade qu'il nous semble inutile d'y revenir. Sans aucun doute de pareils symptômes ne sont pas rares au cours des délires habituels de persécutions. Toutefois, nous ferons remarquer qu'ils n'atteignent pas d'ordinaire un tel développement, et qu'ils ne s'installent pas pour ainsi dire en maîtres au premier plan pour modifier à un tel point l'aspect de la maladie[1]. Lorsqu'on peut faire une pareille constatation, c'est qu'il s'agit de cas particuliers, semblables à celui que nous signalons ici.

La nature même des idées délirantes à l'aide desquelles la malade interprète ces symptômes psychopathiques, ne laisse pas d'avoir une teinte assez spéciale.

« Au premier abord[2] on peut croire que l'on a affaire à de simples idées de persécution, en général assez systématisées, mais il est à remarquer que ces idées de persécution ont une teinte spéciale mystique, comme la phraséologie qu'affectionnent ces malades, et traduisent en quelque sorte la contrainte qu'ils éprouvent, les troubles de leur personnalité. Ils attribuent leurs tourments aux sorciers, aux prêtres, à la théologie sacrée ou démoniaque, s'en prennent aux esprits, au spiritisme, à la suggestion, se disent « ensabbatés », si bien que par leur teneur et leur fondement psychologique constitué par les différents troubles psychomoteurs énumérés tout à l'heure, ces idées s'éloignent des idées de persécution habituelles, et, en tenant compte de la différence due à l'éducation, au milieu social, se rapprochent au contraire beaucoup *des idées de possession*, d'observation fréquente autrefois. »

Cette remarque peut trouver, croyons-nous, un appui dans le fait que nous venons de rapporter. La malade se dit bien nettement *possédée* du mauvais esprit, et, lorsqu'elle explique les moyens auxquels on recourt pour la faire souffrir, on retrouve des croyances analogues à celle de l'*envoûtement*. C'est en agissant directement sur un être qui ne fait qu'un

[1] J. Séglas et P. Bezançon. — *De l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés : l'attaque et la défense, le bien et le mal; le dédoublement de la personnalité*. (*Ann. médic. psch.*, janv. 1889, p. 22 et suiv.)

[2] J. Séglas. — *Variété psycho-motrice des délires de persécution.* (*Ann. médic. psch.* janv. 1893, p. 111.)

avec elle qu'on arrive à lui faire ressentir par contre-coup des souffrances absolument identiques.

Ce n'est pas seulement pour le mode d'expression de leurs idées que ces persécutés méritent à notre avis d'être distingués à titre de variété. Mais ces idées même de possession ne sont que l'étiquette de troubles psychologiques plus profonds, en particulier les troubles psycho-moteurs se résumant en un dédoublement de la personnalité que l'on ne rencontre le plus souvent qu'à l'état rudimentaire chez le persécuté ordinaire.

L'évolution même de la maladie peut être assez différente de ce que l'on observe habituellement chez le persécuté. Le dédoublement de la personnalité aboutissant aux idées de possession peut ne survenir qu'après une certaine période de maladie n'offrant guère de symptômes différents de ceux des délires de persécution habituels.

C'est le cas de notre malade, c'était aussi celui d'un autre aliéné dont l'observation a été déjà communiquée par l'un de nous au congrès de Paris et qui résumait fort bien l'évolution de sa maladie en disant que « ce fut d'abord une obsession qui est devenue une possession de l'individu hanté par les esprits [1] ».

D'autres fois, les troubles phycho-moteurs, les altérations de la personnalité et les idées de possession apparaissent très vite, presque dès le début de la maladie. Dans la communication à laquelle nous faisions allusion plus haut, l'un de nous [2] avait signalé ce fait, corroboré par une observation postérieure de M. J. Voisin [3]. En voici un nouvel exemple :

La nommée V... se présente à la consultation externe de la Salpêtrière, et nous raconte qu'elle a connu auparavant un amant qui en la quittant lui aurait dit que malgré son absence elle serait toujours en son pouvoir. Cela l'a beaucoup frappée et aujourd'hui elle en est convaincue. Sa conviction repose sur une série de troubles intellectuels dont les plus saillants sont des troubles psychomoteurs, hallucinations et impulsions. C'est ainsi qu'elle a des hallucinations verbales motrices très accentuées : elle sent parler en elle-même et sa langue remue malgré elle. Elle a aussi des impulsions

[1] J. Séglas. — *Le dédoublement de la personnalité et les hallucinations verbales psycho-motrices.* (Congrès de médecine mentale de Paris, 1889.)

[2] J. Séglas. (*Ann. médic. psch.*, janvier 1893, p. 110.)

[3] J. Voisin. (*Ann. médic. pysch.*, mai, juin 1893, p. 440.)

verbales très nettes; elle se sent forcée de parler malgré sa volonté, de dire sa pensée avant qu'elle ne veuille le faire. Elle présente aussi d'autres impulsions qu'elle exprime en disant qu'on la force de se lever, de changer de place, d'acheter un revolver, de voyager. Un jour, elle est allée dans une ville de province pour retrouver son amant, forcée par lui à distance d'accomplir ce voyage. Lorsqu'elle est arrivée, elle ne l'a pas reconnu, parce qu'il s'était transformé en une autre personne. De même qu'elle se sent obligée à accomplir certains actes qui lui sont imposés, de même on l'empêche d'un autre côté de dire ou de faire ce qu'elle veut. C'est ainsi que, lorsqu'elle parle, elle arrive à dire le contraire de ce qu'elle pense, de même elle fait le contraire de ce qu'elle avait décidé de faire.

Ce sont ces phénomènes spéciaux, impulsifs ou d'arrêt, qui ont marqué le début de la maladie et qui prédominent encore aujourd'hui. Elle a de plus des hallucinations auditives: elle entend par les oreilles des injures prononcées par des voix d'hommes et de femmes. Elle a aussi des hallucinations génitales.

Tout cela est le résultat de la magie et de la physique que son amant pratique à distance sur elle à l'aide d'objets lui ayant appartenu et sur lesquels il fait des signes. S'il communique ces objets à d'autres personnes, elle ressent alors leur influence.

Elle veut se soustraire à cette possession et opposer à ce pouvoir qui la domine, un pouvoir supérieur qui l'anéantisse. Si nous ne pouvons pas être de taille à cela, elle ira trouver M. Charcot. Cette malade est manifestement une débile; elle n'offre pas de signes constatables d'hystérie.

Enfin l'évolution de la maladie peut ne pas en rester là et alors elle ne laisse pas non plus d'être parfois assez singulière. Ces malades peuvent, en effet, suivre deux voies différentes.

« Les uns regardent comme une faveur les symptômes de possession qu'ils accusaient précédemment. Ils formulent des idées de grandeur : Dieu, les Esprits parlent par leur bouche; ils sont inspirés, ils prophétisent. Les autres, au contraire, accusent de plus en plus les atteintes portées à leur personnalité individuelle, en arrivent à un véritable *délire de négation* systématisé, différant d'ailleurs comme symptômes et comme évolution des cas envisagés par Cotard. Ils n'ont plus rien, plus de sentiments, plus de pensées, plus même d'organes[1]. »

Un fait rapporté par M. Roubinowitch pourrait être regardé comme un exemple du premier genre[2]. D'autre part, l'un de

[1] J. Séglas. (*Ann. médic.-psych.*, janv. 1893, p. 112.)

[2] Roubinowitch. (*Ibid.*, p. 98.)

nous a pu observer deux cas semblables dans lesquels on pouvait noter un délire de négation et sur lesquels nous ne reviendrons pas, car ils ont déjà été présentés aux Congrès de Paris et de Blois[1].

III

Des observations et des brèves considérations que nous venons d'exposer, il nous semble résulter que :

Certains aliénés persécutés et nullement mélancoliques peuvent cependant être auto-accusateurs et présentent des idées de persécution analogues à celles des mélancoliques, constituant un groupe mixte, de transition entre ces deux modalités délirantes.

D'autre part, si, parmi les persécutés, il en est dont la maladie ne représente qu'un vice de développement intellectuel, qu'une évolution anormale de la personnalité toujours dans le même sens, il en est d'autres chez lesquelles la maladie se traduit par une dissociation assez rapide, parfois d'emblée et toujours très accentuée de la personnalité.

Cette dissociation de la personnalité se trouve en rapport avec un certain nombre de symptômes qui prennent alors un grand développement et dirigent même la scène délirante. Ce sont d'une façon générale les troubles psycho-moteurs (hallucinations motrices, impulsions, aboulie, phénomène d'arrêt).

Aussi en les envisageant à ce point de vue, par opposition aux persécutés hallucinés sensoriels et aux persécutés raisonnants, l'un de nous avait-il proposé de ranger ces cas sous le nom de *variété psycho-motrice* du délire de persécutions.

Les idées de persécution se modifient d'une façon connexe et c'est plutôt par des idées de possession que le malade interprète alors les troubles psychopathiques qu'il accuse.

On peut même rencontrer des cas où il en arrive à formuler un délire de négation systématisé.

Ces malades, étudiés autrefois sous la dénomination très vague de délirants mystiques ou de possédés, se distinguent des mélancoliques possédés ou négateurs, et rentrent dans le cadre des délirants systématisés primitifs dont ils ne constituent incontestablement qu'une variété. Néanmoins, il nous semble qu'il y aurait intérêt à leur faire une petite place dans

[1] J. Séglas. (Congrès de Paris, 1889 et congrès de Blois, p. 92. et suiv.)

ce grand groupe. Car la division la plus habituelle en France en délirants chroniques et en délirants dégénérés est vraiment bien sommaire; parmi ces derniers surtout se rangent de nombreux cas très disparates entre lesquels il serait certainement utile à tous les points de vue d'établir un classement.

DE L'HYSTÉRIE EN VENDÉE;

Par le Dr TERRIEN.

Si la Vendée a fourni aux historiens tant de pages intéressantes, elle offre aux neurologistes un champ d'études absolument remarquable. Sous des dehors rustiques, le paysan vendéen cache une âme profondément émotive impressionnable, facile aux suggestions. C'est un névropathe. Les hystériques hommes et femmes se rencontrent à chaque instant, les neurasthésiques sont légion. Je puis certifier, sans avoir fait de statistique exacte, que les trois quarts des malades venant me consulter viennent pour des troubles nerveux. Si cette fréquence des névroses chez le Vendéen m'a frappé, un autre point attirait bientôt mon attention, c'est la facilité avec laquelle il obéit à la suggestion. Aussi l'hypnotisme fut-il pour moi une ressource précieuse dans le traitement de la névrose hystérique.

Il y a six mois j'avais appelé M. Babinski en Vendée pour un cas de névrite du plexus cardiaque à forme anormale. Je lui faisais part incidemment de divers faits relatifs à l'hystérie que j'avais observés. Ces exemples lui ont paru assez intéressants pour qu'il me donnât le conseil de rassembler en un fascicule les nombreux cas de névropathie qui s'étaient présentés et devaient se présenter à mon observation.

Mon but dans ce travail sera donc d'exposer le résultat de mes expériences sur le rôle que peut jouer l'hypnotisme dans les maladies nerveuses, en particulier dans l'hystérie. J'essaierai de démontrer : 1° que l'hypnotisme est une excellente méthode de traitement des accidents hystériques : paralysies, contractures, spasmes, etc., chez les sujets hypnotisables;

2° Que chez les sujets non hypnotisables on doit avoir recours à la suggestion à l'état de veille, qui fournit d'excel-

lents résutats, en donnant aux divers traitements employés une vertu, une efficacité qu'ils n'ont pas sans elle;

3° Que si l'efficacité de l'hypnotisme est telle dans l'hystérie, en revanche elle n'est d'aucun secours dans le traitement des autres névroses, *a fortiori* des affections organiques, que, si un résultat est obtenu, il n'est qu'absolument transitoire, momentané; que, si parfois on constate une amélioration persistante, c'est que ces névroses ou affections organiques ne sont pas seules, que l'hystérie s'y trouve associée et que c'est l'effacement de ces troubles hystériques qui, en améliorant le sujet, a fait croire à l'action bienfaisante de l'hypnotisme sur diverses maladies.

Comme on le voit, contrairement à ce que soutient l'Ecole de Nancy, et conformément aux doctrines de la Salpêtrière, je suis d'avis qu'il existe d'étroites relations entre l'hystérie et l'hypnotisme.

En ce qui concerne le rôle de l'hypnotisme en thérapeutique je partage la manière de voir de M. Babinski, qui, dans plusieurs mémoires [1] a démontré que l'hypnotisme ne peut avoir d'action thérapeutique que sur les manifestations de l'hystérie;

4° J'essaierai en dernier lieu d'expliquer la fréquence des affections névropathiques en Vendée. Est-elle due à l'alcoolisme? Aux mariages consanguins si nombreux? Faudra-t-il penser également que l'hystérie se développe plus facilement dans un pays neuf, primitif, superstitieux à l'excès? Sont-ce ces trois causes réunies?

CHAPITRE PREMIER

HYSTÉRIE CHEZ LES ENFANTS HYPNOTISABLES. — GUÉRISON DES ACCIDENTS HYSTÉRIQUES PAR L'HYPNOTISME

OBSERVATION I. — *Aphonie. — Astasie et abasie. — Anorexie, spasme hystérique. — Durée quatre mois. — Guérison.* (Une séance.)

B..., dix-neuf ans, mère et tante nerveuses, plusieurs sœurs hystériques. Dès son bas âge, cette jeune fille fut sujette à des actes

[1] Voir : *Hypnotisme et Hystérie. Du rôle de l'hypnotisme en thérapeutique*. Leçon faite à la Salpêtrière, par J. Babinski. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, juillet 1891.)

Voir aussi : *Association de l'hystérie avec les maladies organiques du*

de somnambulisme, se levant la nuit et vaquant à toutes sortes d'occupations dont le matin à son réveil elle n'avait aucun souvenir. A plusieurs reprises elle eut des attaques de sommeil variables, comme durée, de quelques heures à plusieurs jours. Il y a deux ans environ, à la suite d'une vive émotion, elle tombe à terre. On la relève.. Elle ne peut plus se tenir debout et elle est sans voix. Elle se fait comprendre seulement par signes et par le mouvement des lèvres. Il lui est impossible également de déglutir. Le liquide semble trouver dans l'arrière-cavité buccale une barrière, un spasme qui l'arrête, lui ferme la route. Inutile d'ajouter que ne pouvant se tenir debout, quoique non paralysée, elle ne pouvait marcher. Elle était donc astasique et abasique. Et ici, comme on peut en juger, l'astasie et l'abasie n'existaient pas, comme c'est la règle, à l'état de monosyndrome. On voit l'aphonie et l'anorexie coexister. On verra plus loin que d'autres stigmates hystériques les accompagnent. Malgré les traitements multiples employés, l'état était toujours resté le même depuis quatre mois, la malade s'affaiblissant de plus en plus par le défaut d'alimentation. C'est alors que mon confrère qui depuis le début donnait ses soins à cette malade me fit appeler. Je trouvai une jeune fille pâle, amaigrie, je trouvai une famille en pleurs; c'était en effet pour elle une consultation *in extremis*, leur enfant leur semblant vouée à une mort certaine, et presque imminente. Avec les renseignements donnés par le confrère et que j'ai signalés plus haut, après un examen rapide du sujet, le diagnostic fut vite établi. Les troubles de la sensibilité, hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite, cette aphasie absolue (aphonie) sans agraphie, sans surdité verbale, ni cécité verbale, l'anorexie, le spasme, tout cela rentrait bien dans le cadre de l'hystérie. Les troubles moteurs eux-mêmes, astasie et abasie, la malade pouvant dans son lit mouvoir ses jambes en tous sens et déployer une force presque normale, quand, la jambe étant en flexion, on essaie d'empêcher son extension et, malgré cela, s'affaissant aussitôt quand on veut la maintenir debout, ces troubles moteurs, dis-je, se rattachaient bien à l'hystérie, l'astasie et l'abasie étant des phénomènes purement hystériques ainsi que l'a proclamé Charcot et son interne Blocq dans son travail sur cette affection. La disparition subite du mal par l'hypnotisme nous démontrera bien du reste qu'on a raison d'en faire un syndrome hystérique.

Je consolai alors malade et parents en leur faisant entendre que la guérison était certaine, peut-être immédiate. J'endors notre jeune hystérique. Je lui recommande de manger, de parler, de se lever et de marcher. A son réveil, elle demande à haute voix et

système nerveux, les névroses et diverses autres affections, par J. Babinski. (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 11 nov. 1892.)

sans bégaiement qu'on lui donne à boire. Elle boit, s'échappe brusquement de son lit, marche, se met à table, criant la faim. Au bout de quelques instants tous les phénomènes hystériques avaient disparu, sauf peut-être les troubles de la sensibilité que je n'ai pas songé à étudier. Et la jeune fille put recevoir à la porte son curé mandé en même temps que moi et venu pour lui donner sa dernière bénédiction. La surprise fut grande; dirai-je qu'on me remercia? Non. On crut à une intervention diabolique, sans doute, car on m'a fort mal accueilli le lendemain, et je sais, qu'on ne m'a pas encore pardonné d'avoir guéri la jeune fille, dont la santé pourtant s'est maintenue excellente depuis deux ans.

OBSERVATION II. — *Hystérie mâle chez un jeune garçon de treize ans : 1° Hyperesthésie, parésie, contracture datant de cinq mois. Guérison* (une séance); *2° Chez le même enfant : Paralysie hystéro-traumatique datant de un mois. Guérison* (une séance).

G..., treize ans, père hystérique, mère nerveuse, présentant depuis cinq mois de vives douleurs dans les deux jambes. Il avait la sensation d'épingles s'enfonçant dans les chairs. Le moindre contact, le moindre frôlement était douloureux, la marche était dès lors impossible. Car, outre cette hyperesthésie, on constatait un certain degré de parésie et les membres inférieurs restaient toujours en demi-flexion. Appelé dès le début des accidents, je constatai, en outre des phénomènes décrits plus haut, de l'anesthésie du pharynx et un rétrécissement concentrique assez notable du champ visuel. C'était donc bien de l'hystérie.

Craignant que les parents ne veuillent accepter l'emploi du traitement par l'hypnotisme et me rappelant les bruits fâcheux, les déboires que ma première cure avaient fait naître, j'usai de l'hydrothérapie, du valérianate d'ammoniaque, etc.

Aucune amélioration ne se produisant après cinq mois d'un traitement suivi, je résolus, quand même, d'en venir à l'hypnotisme. Bien en prit au malade et aux parents du malade d'avoir accepté cette médication, car l'enfant amené dans mon cabinet, soutenu par des béquilles ou plutôt par ses parents, sortait après une séance de quelques minutes, en courant de toutes ses forces, sans douleurs aucunes. La parésie, l'hyperesthésie, la contracture tout avait disparu. Il avait suffi d'une simple suggestion pendant un sommeil qui n'a pas duré plus de cinq minutes. Cinq ou six mois après, ce même enfant, travaillant près de la ferme qu'il habitait, se heurte dans une pierre et tombe. Il se relève, mais il est paralysé de la main droite. Croyant à une fracture, vite on le conduit chez le rebouteur ou médecin du village, comme on l'appelle dans le pays. Le médecin improvisé fait quelques manœuvres, déclare qu'il y a fracture, et malgré ses soins les doigts restent

toujours immobiles. Au bout de un mois, on songe à venir me consulter. Il n'y avait jamais eu de fractures, mais en revanche il existait une paralysie hystéro-traumatique avec anesthésie du membre jusqu'au coude. J'endors en quelques secondes le malade, je lui ordonne de me serrer la main, qu'il le peut, qu'il n'est plus paralysé, qu'il est guéri, qu'il va pouvoir écrire. De mon cabinet il court à l'école qu'il venait de quitter le bras en écharpe, et au grand étonnement de son professeur, il écrit avec la même aisance, la même facilité qu'autrefois. Depuis cette époque, il n'a présenté aucun accident nerveux.

A propos de ce dernier cas, il me semble utile de faire remarquer, comme l'a fait tant de fois mon maître M. le professeur Charcot, le rôle que joue la suggestion dans l'éclosion des accidents hystériques : paralysie, contracture, etc. C'est une loi chez le paysan vendéen que la fracture entraîne l'impuissance, la paralysie du membre. Vous êtes fracturé d'un bras, vous ne pouvez plus remuer les doigts. Or voici comment les parents du malade m'ont raconté la scène. Je cite à peu près textuellement. Voyant l'enfant tomber lourdement à terre, sa mère lui crie : « Malheureux, tu t'es cassé le bras. Tiens, tu ne dois pas pouvoir remuer tes doigts. » L'enfant essaye, en effet, et ne peut imprimer aucun mouvement à la main. N'est-ce pas du reste à peu près le langage que l'on tient à une hystérique chez qui on essaie de provoquer une paralysie hystéro-traumatique.

J'ai une malade, une hystérique ; sans la mettre en état de somnambulisme, sans préparation aucune, je lui frappe sur l'épaule et lui dis qu'elle ne peut plus faire mouvoir son bras; aussitôt il lui est impossible d'imprimer le plus léger mouvement. Dans le cas qui nous occupe, l'enfant persuadé qu'il s'est fait une fracture, puisque sa mère le lui dit, se persuade aussitôt qu'il est paralysé des doigts et de la main; l'idée de fracture, entraînant l'idée d'impuissance fonctionnelle, et la paralysie psychique est produite. Seulement dans ce cas la paralysie s'est produite plus rapidement que M. le professeur Charcot ne l'indique. Elle fut immédiate. Il est vrai que là la suggestion directe est venue aider l'autosuggestion. Le malade n'a rien présenté d'anormal depuis cet accident, c'est-à-dire depuis six mois.

Observation III. — *Hyperesthésie plantaire. — Douleurs térébrantes dans les membres inférieurs. — Faiblesse musculaire. — Guérison par hypnotisme* (une séance).

C'est le père de l'enfant cité plus haut. Aux deux genoux, à la jambe droite tout entière, il éprouvait de vives douleurs lui rendant le sommeil difficile. La marche, à cause d'une hyperesthésie plantaire, ne se faisait qu'avec peine, d'autant qu'il existait une faiblesse

musculaire très marquée dans les deux membres inférieurs. Quant aux douleurs, ce sont, disait-il, des aiguilles qui s'enfoncent dans mes chairs et me forcent à crier. J'examine le malade. Rien qui m'indique les troubles ataxiques, sauf les douleurs; tout, au contraire, révélait l'hystérie, rétrécissement du champ visuel, quoique peu notable, anesthésie pharyngienne et enfin l'histoire du fils venant encore éclairer le diagnostic. C'était un hystérique. Je l'endors très facilement. Je lui déclare qu'il ne souffrira plus, qu'il marchera sans douleurs, qu'il est guéri. En effet il s'écria à son réveil qu'il ne souffrait plus. Mais, ajouta-t-il, je n'ai pas de forces dans les jambes. J'avais en effet oublié dans la suggestion ce détail, tout avait bien disparu, sauf l'asthénie motrice. Il fallut l'endormir à nouveau. Et tout revint dans l'ordre. Voilà six mois que la guérison a eu lieu, et j'ai appris qu'il éprouvait seulement de temps en temps et à de rares intervalles, quelques douleurs fugitives dans les membres.

Observation IV. — *Vomissements hystériques datant de six mois. Guérison* (deux séances.)

Eugénie J... treize ans. Mère neurasthénique, père légèrement alcoolique. A depuis six mois des vomissements presque continuels. A peine l'aliment est-il ingéré qu'il est aussitôt rejeté. Plusieurs confrères lui avaient donné leurs soins, et cela sans résultat. La malade vomissait toujours autant. C'est alors qu'on vint me consulter. Je vis une jeune fille bien constituée, ne présentant, malgré ses troubles dyspeptiques, qu'un léger degré d'amaigrissement peu en rapport avec un défaut d'alimentation aussi prolongé. Je constatai un peu de chlorose; de douleurs, nulle part, pas même à la région épigastrique. Insomnie fréquente, sommeil troublé par des rêves terrifiants, caractère irritable.

Rétrécissement concentrique du champ visuel. Pas de troubles de la sensibilité générale. Ces vomissements continuels sans douleurs et sans amaigrissement de la malade, le rétrécissement du champ visuel, en l'absence d'autres stigmates, m'ont suffi pour que je porte le diagnostic : hystérie.

C'était bien en effet de vomissements hystériques dont il s'agissait, car j'endors l'enfant en deux ou trois minutes, et je lui commande de ne plus vomir. Quinze jours après la mère, sur mon ordre, la ramena. L'enfant allait mieux. Deux ou trois vomissements seulement avaient eu lieu. Nouvelle séance, même suggestion. Et notre malade n'a jamais rien éprouvé depuis. Toutefois il y a un mois, c'est-à-dire un an après la guérison que je viens d'indiquer, la jeune fille eut un vomissement. On me la ramena aussitôt, craignant le retour de la maladie. Nouvelle séance d'hypnotisme. Ce vomissement ne s'est pas reproduit.

Observation V. — *Grande hystérie avec crises convulsives. — Contractures, surdité, cécité. — Douleurs ovariennes. — Guérison.*

Demoiselle Br..., vingt-deux ans. — Mère très nerveuse, père très vif, frère hystérique avec crises convulsives. Jusqu'à l'âge de seize ans, n'avait présenté aucun trouble nerveux, quand, à la suite d'une vive contrariété au sujet d'un mariage, elle fut prise d'accès convulsifs avec hallucinations, etc... Après un séjour d'un an dans une maison de santé, elle redevint calme. D'après les renseignements que la malade, très intelligente, a pu me donner, on eut souvent recours à l'hypnotisme pour faire cesser certains troubles qu'elle présentait : anorexie, contractures, surdité, etc.

Il y a trois mois environ elle fut prise de douleurs atroces dans la région ovarienne gauche. Douleurs à la tête, insomnie, vomissements, anorexie. Appelé près de cette malade que je voyais pour la première fois, je constatai tous les stigmates de l'hystérie : hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite, rétrécissement concentrique énorme du champ visuel, amaurose à gauche. J'endors la malade par un simple commandement. Dans une seule séance je puis faire disparaître la douleur ovarienne, la céphalée, l'anorexie. Elle n'attendit même pas son réveil, pour prendre de la nourriture. C'est les yeux absolument clos qu'elle va elle-même chercher le pain, le vin, un verre, etc... et tous ces mouvements sont exécutés avec une sûreté, une précision admirable.

Cette jeune demoiselle, le plus beau sujet hystérique hypnotisable que j'aie jamais rencontré malgré un séjour de six années dans des hôpitaux spécialement affectés aux maladies nerveuses, posséderait à un suprême degré ce que l'on appelle la vision à distance. Un jour qu'elle était couchée, malade dans son lit, elle aurait raconté dans tous ses détails à sa sœur, le voyage que faisait en ce moment sa mère, lui disant l'argent qu'elle avait emporté, les personnes qu'elle avait rencontrées dans le cours de ce voyage, les cadeaux qui lui étaient faits (deux rosiers ayant chacun une rose épanouie). Quand la mère rentra, la sœur ne put s'empêcher de rire en voyant à la gare d'arrivée sa mère portant les deux rosiers à la main, et en lui entendant raconter toutes les péripéties d'un voyage qu'elle connaissait déjà.

Il m'est, il est vrai, impossible de garantir l'exactitude de ce fait, que je mentionne sous toutes réserves.

Cette jeune fille obéit d'une façon remarquable à la suggestion. Une contracture se produit-elle? et cela a eu lieu il y a quelques jours, la malade cherchant à railler un pauvre homme difforme qui avait la tête penchée sur l'épaule, elle est prise immédiatement à son tour de la même difformité. Une courte séance d'hypnotisme redresse le cou de notre jeune hystérique, qui en raillant notre homme avait fini par copier sa difformité, son sterno-mastoïdien

s'étant subitement contracturé. Un autre jour devient-elle sourde? On l'endort, on lui fait lire un papier où l'on a écrit « qu'elle entend » et la surdité s'efface aussitôt. L'amaurose à gauche est plus tenace. On la fait disparaître, mais elle se reproduit quelques jours après. J'en aurais long à dire sur cette hystérique; mais je suis obligé de me borner pour ne pas donner trop d'étendue à ce travail.

Observation VI. — *Gastralgie.* — *Vomissements. Asthénie motrice.* — *Guérison* (deux séances).

Femme N..., quarante-cinq ans, a une longue histoire pathologique. — Paraplégique à trente ans, fut traitée pour une affection médullaire. La paraplégie dura deux ans. Quelques années plus tard, c'était une rétention d'urine, avec douleurs vésicales, troubles qui persistèrent pendant près d'un an. Il y a quatre mois d'autres phénomènes apparurent. Ce fut une douleur vive, persistante dans la région épigastrique et la région dorsale, avec anorexie, vomissements.

Son médecin crut probablement à une affection organique grave de l'estomac, car la malade fut mise au régime exclusivement lacté, et le pronostic d'incurabilité probable avait été porté.

Le lait n'étant pas plus supporté que toute autre nourriture, on me fit appeler. Les antécédents de la malade, l'histoire de cette paraplégie, de ces troubles de la vessie me firent penser aussitôt à l'hystérie. L'examen direct me confirma dans mon diagnostic. Anesthésie pharyngienne, diminution de la sensibilité à gauche, rétrécissement concentrique notable du champ visuel, sensation de boule lui montant à la gorge.

J'en avais assez pour voir que c'était bien a des troubles hystériques que j'avais affaire. J'endors la malade. Je lui enlève aussitôt par la suggestion l'anorexie, le vomissement, la douleur épigastrique. L'asthénie motrice, que j'avais un peu laissée de côté, existait encore, mais plus faiblement, de même la douleur à la région dorsale et lombaire. Le surlendemain, je lui fais une nouvelle suggestion. Et la malade reprenait son travail dans les champs, mangeait les aliments les plus indigestes, et cela sans éprouver les moindres troubles dyspeptiques.

L'histoire pathologique de cette malade montre une fois de plus quelles grosses erreurs les hystériques peuvent faire commettre aux médecins peu versés en neuropathologie : voilà une malade condamnée pour myélite, jugée sérieusement compromise pour une cystite chronique, vouée à une mort certaine pour une affection cancéreuse de l'estomac et qui n'a jamais rien eu autre chose que de l'hystérie, affection gênante, qui persiste, mais qui ne tue jamais, et dont il est facile par l'hypnotisme d'enlever les accidents qu'elle peut produire.

On ne devrait jamais oublier que l'hystérie peut simuler toutes les maladies, les copier, si je puis parler ainsi, points par points, et si l'on n'a pas soin de rechercher quelques-uns des stigmates de l'hystérie (car il en existe presque toujours), on est exposé à commettre de grosses erreurs, très préjudiciables au malade qu'on a alarmé inutilement.

Observation VII.

Demoiselle Maq..., vingt-cinq ans. — Mère alcoolique, sœurs très nerveuses, vint un jour à mon cabinet; elle était aphone et avait une paralysie du bras droit. — Après la constatation des principaux stigmates de l'hystérie j'endors la jeune fille et lui enlève instantanément sa paralysie du membre. La voix revient aussitôt; elle parle avec la même netteté qu'auparavant. Les accidents remontaient à huit jours. Ces accidents se reproduisirent plusieurs fois, je les fis disparaître à chaque fois avec la même facilité [1].

Observation VIII. — *Aphonie survenue à la suite d'une chute sur le genou chez un garçon de onze ans. — Guérison.*

X..., onze ans. — Mère très nerveuse, père congestif, n'avait jamais rien présenté d'anormal; son caractère était doux, patient. La santé physique était excellente. Son père meurt subitement en descendant du train, frappé d'apoplexie. Le caractère de l'enfant change aussitôt. Il est devenu triste, pleure à chaque instant et sans motif. Quelques jours plus tard il fait une chute sur le genou. La chute n'était pas grave, une simple ecchymose, c'était tout. Ce fut pourtant suffisant pour amener les premières manifestations d'un mal qui aurait pu éclater bien plus tard et peut-être jamais. Les émotions causées par la mort de son père avaient préparé l'hystérie, la chute la fit apparaître.

Le soir de la chute il perdit la voix complètement, sans perdre connaissance, sans éprouver rien d'anormal en dehors de cette aphonie; on remarqua toutefois un certain degré d'amnésie. Quand on le conduisit dans mon cabinet, l'aphonie avait disparu, il ne restait plus qu'une sorte de bégaiement, ce bégaiement qui termine souvent ce phénomène nerveux. Outre ce bégaiement, je constatai que la mémoire était encore bien diminuée et une sorte d'hébétude se peignait sur son visage.

Cette simple chute sur le genou avait donc eu de très singulières conséquences, puisqu'elle rend d'un seul coup l'enfant amnésique. Il perd la mémoire des mouvements coordonnés des lèvres et de la

[1] Elle fut atteinte il y a quelques jours de cécité, que fit disparaître, dans une courte séance d'hypnotisme, mon excellent ami le Dr Guibert médecin oculiste, qu'elle était allée consulter dans cette circonstance.

langue, nécessaires pour l'articulation des mots (il est aphone) et cette amnésie s'étend également sur presque toutes ses connaissances acquises. Il a perdu le souvenir. Sa mère n'a pas su me dire s'il aurait pu écrire, calculer; elle ne le croit pas, car son intelligence s'était subitement obscurcie. Quel traitement a-t-on fait suivre à ce malade. On lui avait appliqué, nous dit la mère, quelques sangsues. Pourquoi? On avait sans doute cru à une lésion organique. Et pourtant c'était bien l'hystérie qui était en jeu, car outre cette aphonie qui n'existe ainsi marquée que dans l'hystérie, aphonie survenant sans perte de connaissance, après un choc léger, je constatai un rétrécissement concentrique notable du champ visuel, une diminution de la sensibilité du côté gauche, et un peu d'anesthésie pharyngienne. — Quelle conduite devais-je tenir dans la circonstance? Il était probable que tout allait bientôt rentrer dans l'ordre. Pourtant je voulais voir si l'hypnotisme pouvait faire cesser immédiatement ces bégaiements, et ce qu'il pouvait faire sur l'amnésie. Le résultat fut très heureux, car quelques jours après on m'apprenait que l'enfant était complètement guéri de son bégaiement, et que la mémoire lui était revenue.

Cette observation offre un certain intérêt, car ces cas d'amnesie hystéro-traumatique doivent être rares !

Observation IX. — *Agoraphobie chez une hystérique durant depuis cinq ans. — Guérison* (deux séances).

Ch. ***, quarante ans, hérédité chargée. — Père, mère très nerveux, tantes et oncle également nerveux. Tous les enfants de cette femme présentent des signes manifestes de la névrose hystérique. Depuis cinq ans la femme Ch. ne pouvait plus quitter la chambre. A peine essayait-elle de franchir le seuil de sa maison, qu'elle était prise de suffocation, surtout quand elle rencontrait quelqu'un. Les jambes fléchissaient, se dérobaient sous elle, il lui était impossible d'aller plus loin. Aussi restait-elle toujours renfermée dans sa chambre. Mais là elle ne pouvait rester seule, il lui fallait près d'elle un membre de sa famille, son mari ou un de ses enfants, sans cela les mêmes étouffements, les mêmes suffocations se produisaient. Elle avait donc peur de la foule, et peur de l'isolement, agoraphobie et claustrophobie. A quoi rattacher ces phénomènes que je viens de décrire? Existait-il chez cette femme de la dégénérescence mentale ? Etait-ce une hystérique, que j'avais devant moi? C'était bien certainement une hystérique car elle présentait des troubles de la sensibilité générale et sensorielle : perte du goût, rétrécissement du champ visuel, plaque hystérogène sous le sein gauche. D'un autre côté, pas de signes physiques de dégénérescence, tête à conformation normale, quoique front un peu fuyant. J'endors la malade et, par la suggestion pratiquée deux jours consé-

cutifs, j'arrive à lui faire quitter sa maison, à se rendre à l'église où elle n'était pas allée depuis cinq ans et cela sans éprouver le plus léger malaise.

Dans une troisième séance j'ai essayé de lui enlever les suffocations qu'elle éprouvait quand elle était seule dans sa maison. Cette séance n'a pas suffi; malheureusement je n'ai pas été appelé de nouveau et les choses en sont restées là. La malade peut vaquer à ses occupations au dehors, mais chez elle il lui faut un de ses enfants ou son mari. Si j'avais continué il est probable que la claustrophobie, comme l'agoraphobie, aurait cessé. Cette agoraphobie n'a pas reparu depuis. Maintenant à quoi rattacher ces différents phénomènes, cette agoraphobie guérie si facilement par l'hypnotisme? M. Babinski dans une relation analogue se demande si l'agoraphobie ne peut pas être un syndrome de l'hystérie. J'accepterais volontiers pour ma part cette opinion. Pour cela je m'appuie sur la facilité avec laquelle j'ai pu effacer par l'hypnotisme un phénomène aussi tenace, puisqu'il durait depuis cinq ans. On trouve bien chez les dégénérés des craintes de peurs à peu près analogues. Mais chez les dégénérés ces peurs résistent à l'hypnotisme. J'ai eu l'occasion de donner mes soins à un dégénéré non hystérique qui ne pouvait entendre le tambour sans être pris d'un accès violent de suffocations, sans pousser des cris affreux, sans se trouver mal. Je l'ai endormi plusieurs fois (il ne présentait aucun stigmate de l'hystérie) je n'ai jamais pu atténuer ces peurs, même faiblement. L'agoraphobie, selon moi, peut être un signe de dégénérescence mentale, mais là l'hypnotisme n'y fait rien, elle peut être un signe de l'hystérie, et là l'hypnotisme au contraire produit d'excellents résultats puisqu'elle peut amener la cessation du phénomène. Ainsi les troubles psychiques dus à l'hystérie sont presque toujours améliorés par la suggestion. L'aliéné, au contraire, ne verra jamais son délire tomber sous l'influence de l'hypnotisme.

OBSERVATION X. — *Perversion du goût et de l'odorat chez une hystérique. — Guérison par l'hypnotisme.*

Je dirai deux mots de cette malade qui me fut présentée un jour par sa maîtresse. Elle n'était pas souffrante, mais on craignait de la voir s'empoisonner. Elle ne pouvait verser du pétrole dans la lampe sans être portée à en boire. C'était une obsession qui la poursuivait sans cesse et qui la fatiguait. Elle sentait elle-même qu'elle finirait par succomber. Cirait-elle le parquet? quelque chose la poussait à manger cette cire. C'était donc pour lui enlever ces idées qui pouvaient un jour lui être si funestes qu'on me l'amena. L'examen direct de la maladie me fit porter le diagnostic: hystérie avec perversion du goût, idées impulsives. J'endors la malade et dans une séance de cinq minutes je fais disparaître

immédiatement les troubles psychiques. Je lui enlève trop bien même, puisqu'au lieu d'aimer l'odeur de pétrole et la saveur de la cire, elle ne pouvait supporter ni l'une ni l'autre. C'était maintenant du dégoût, de la répulsion; c'était tombé dans l'excès contraire. Il a fallu l'endormir à nouveau pour substituer l'indifférence à l'aversion et lui permettre de manier ces deux substances sans se trouver indisposée ainsi que cela s'était produit après la première séance. J'ai dit plus haut que c'était une hystérique, elle avait un rétrécissement du champ visuel considérable, la boule nerveuse lui montant à la gorge et l'étouffant, une diminution de la sensibilité à droite, etc. Pas de signe de dégénérescence ni de débilité mentale. Ces troubles psychiques je les rapporte à l'hystérie. Or, on a pu voir combien la suggestion est efficace, quand elle attaque l'élément hystérique.

Je pourrais citer bien d'autres exemples. Ceux-ci suffiront, je crois, pour montrer l'action puissante de la suggestion pendant le sommeil hypnotique sur les accidents dus à l'hystérie. Chez un sujet hypnotisable, et ils le sont presque tous en Vendée, les résultats ont toujours été complets, immédiats et durables.

CHAPITRE II

HYSTÉRIE CHEZ DES SUJETS NON HYPNOTISABLES OU QUI REFUSENT D'ÊTRE HYPNOTISÉS. — GUÉRISON DES ACCIDENTS HYSTÉRIQUES PAR LA SUGGESTION A L'ÉTAT DE VEILLE.

Tous les hystériques ne sont pas, on le sait, hypnotisables. D'autres le seraient peut-être, mais refusent de se laisser endormir. Chez ces malades quel traitement employer? Encore la suggestion; suggestion à l'état de veille. Je montrerai par quelques exemples qu'il vaut parfois mieux donner un verre d'eau colorée à une hystérique pour faire disparaître des accidents tels que l'anorexie, les vomissements, les contractures, les paralysies, en lui disant que ce liquide la guérira, que d'employer l'électricité, l'hydrothérapie, etc., etc... sans dire qu'à ce mode de traitement est attachée une guérison certaine.

Observation I. — *Vomissements hystériques. — Guérison par eau colorée avec suggestion à l'état de veille.*

Demoiselle G..., vingt-deux ans, domestique, était prise de vomissements depuis trois semaines. Elle ne pouvait même pas

garder quelques cuillerées d'eau ou de lait. L'estomac rejetait tout. Je recherche et trouve quelques stigmates qui me fixent aussitôt sur la nature de ces vomissements. Rétrécissement léger du champ visuel. — Plaques hystérogènes sous le sein droit. — Anesthésie pharyngienne. — Hystérie. Je veux endormir la malade qui s'y refuse. Je vais alors préparer une potion avec de l'eau dans laquelle j'ajoute un peu de carmin pour la colorer. Je déclare à la malade que, dès la première cuillerée qu'elle supportera fort bien, du reste, elle n'aura plus aucun vomissement, qu'avec cette potion elle ne peut plus vomir. Quelques jours après je revoyais sa maîtresse qui me remerciait du soulagement apporté à sa bonne. Après la première cuillerée de la potion elle avait été radicalement guérie, mangeant d'un bon appétit et n'avait pas eu un seul vomissement.

OBSERVATION II.

G..., trente ans, mère très nerveuse, sœur nerveuse, père congestif, souffrant depuis trois mois d'une gastralgie intense empêchant toute alimentation; elle vomissait tout, les médicaments devaient être administrés en lavements. La malade s'affaiblissant tous les jours, ne pouvant plus se tenir debout, obligée de garder le lit à cause de son extrême faiblesse, on me fit appeler. Je trouvai une femme émaciée, à la physionomie triste, indiquant la souffrance, dépression mélancolique. Je crus d'abord à la neurasthénie, en raison de cet amaigrissement considérable, si peu commun chez l'hystérique même soumis à un jeûne prolongé. Mais les stigmates hystériques existaient : anesthésie du pharynx, sensibilité diminuée à droite, ovarie à gauche et à droite, plus marquée à gauche. J'en avais assez. C'était de l'hystérie. C'était de l'anorexie hystérique, des vomissements hystériques. — Je ne crus pas devoir demander à la malade la permission de l'endormir, sachant d'avance qu'elle s'y refuserait. Ce procédé « diabolique » devait répugner à une jeune fille que je savais très dévote. Je me contentai alors de la suggestion à l'état de veille. — Parmi les médicaments donnés par mon confrère j'en choisis un « Elixir Grez » resté presque intact, la malade ne pouvant le supporter. Je lui fis remarquer que, pris de la façon que je lui indiquais, elle le supporterait à merveille, qu'elle ne le vomirait pas, qu'elle ne pouvait pas le vomir et qu'il devait l'empêcher de vomir.

Trois jours après, je revins voir la malade dont la physionomie avait déjà changé. Elle n'était plus aussi triste, elle espérait guérir maintenant, car elle n'avait pas eu un seul vomissement et commençait à prendre un peu de bouillon et de vin. L'amélioration continuait quand son père tombait frappé d'apoplexie, et mourait. Les douleurs, les vomissements reparurent. Je lui prescrivis un médicament quelconque très anodin, de l'eau avec un peu de sirop

d'écorces, mais en ayant soin de renouveler la suggestion. Le résultat fut parfait, car la malade se porte assez bien aujourd'hui, mange d'un bon appétit, vaque aux occupations du ménage et a repris de l'embonpoint.

OBSERVATION III. — *Hystérie. — Parésie des jambes. — Toux. — Hémoptysie. — Anorexie. — Enrouement allant presque jusqu'à l'aphonie. — Guérison par autosuggestion.* (Lourdes.)

Si je rapporte cette observation, ce n'est pas parce que je compte à mon actif cette guérison : non, puisque c'est Lourdes qui l'a produite. Je la cite pour montrer que l'autosuggestion qui n'est autre chose que la suggestion faite par la personne sur elle-même, suggestion qui produit si bien les paralysies, contractures, peut également les faire disparaître. Je veux aussi me servir de cet exemple, pour bien faire voir les erreurs que l'hystérie fait souvent commettre même aux médecins qui se prétendent versés dans les études de la neuropathologie.

Voilà une jeune fille P..., vingt et un ans, que j'ai soignée il y a trois ans d'une pleurésie à gauche avec épanchement; guérie de sa pleurésie, elle conserve une toux opiniâtre, crache le sang fréquemment, n'a pas d'appétit, dépérit à vue d'œil. Bientôt elle ne peut plus se tenir sur les jambes et il lui faut marcher à l'aide d'un bâton; de plus enrouement très prononcé allant jusqu'à l'aphonie. Les antécédents de la malade (pleurésie avec épanchement) et enfin tous ces caractères que je viens de tracer me font porter un pronostic très grave, puisque, malgré l'absence de signes stéthoscopiques, je crois à la phtisie, le diagnostic ne semblait-il pas, du reste, justifié? N'ayant plus rien à espérer de son docteur qui, je l'ai dit, l'avait condamnée, elle demanda à la Vierge une guérison que la médecine lui refusait. C'était une grande dévote, très confiante dans les pouvoirs de la Vierge de Lourdes. Elle trouve des âmes charitables qui lui paient son voyage. Elle part. A plusieurs reprises on croit qu'elle va s'éteindre avant d'être arrivée. On la porte dans la piscine. — Elle en sort, la voix redevient nette, les jambes retrouvent leur vigueur, l'anorexie s'efface, elle court déjeuner à l'hôtel d'un bon appétit.

On crie au miracle. Le retour à Sainte-Cécile, son pays, fut triomphal. On amène la malade dans mon cabinet afin que je puisse constater la guérison, et que je donne un certificat l'attestant. Je fus obligé de constater chez ma malade une amélioration très sensible, je dirai mieux, une guérison complète au moins en apparence. Très sceptique de nature, je cherchai vite l'hystérie; ne reconnaissant à la Vierge de Lourdes que le droit de guérir les hystériques. Eh bien! je vis avec stupéfaction que j'avais fait une grosse erreur de diagnostic, ma phtisique n'était qu'une hysté-

rique; elle en portait les stigmates. Elle gardait le rétrécissement concentrique notable du champ visuel. Elle avait eu souvent la sensation de boule hystérique partant du creux épigastrique, remontant jusqu'à la gorge et la serrant jusqu'à l'étouffer. Elle gardait une sensibilité très prononcée dans les deux régions ovariennes. Inutile d'ajouter que j'ai refusé tout certificat, le seul que j'aurais pu donner eût été le brevet d'hystérie et j'avais un exemple de plus de la difficulté qu'offre souvent l'hystérie et des erreurs qu'elle fait commettre. J'avais ensuite un exemple frappant du pouvoir de l'hypnotisme, et de l'efficacité de la suggestion. Voilà un an et demi que ce fait s'est produit, la malade se porte à merveille, a pris de l'embonpoint ne tousse plus et se livre aux travaux des champs. Cette relation nous montre qu'on doit avoir recours à tous les moyens pour guérir les hystériques et pour mon compte je ne me ferais pas de scrupule d'envoyer à Lourdes une hystérique que je sais très dévote, très confiante dans la puissance de la Vierge, si cette malade je ne puis la guérir[1].

Observation IV. — *Contracture spasmodique permanente des mâchoires de nature hystérique chez une malade de soixante-quatorze ans survenue à la suite d'un traumatisme chirurgical (ablation d'un cancer de l'œil). Durée un mois. — Guérison* (une séance).

S..., soixante-seize ans. — Je n'ai pu avoir de renseignements bien précis au sujet de l'hérédité nerveuse de cette malade. La femme S... n'a que des souvenirs très vagues de son père et de sa mère. Une sœur et ses frères auraient été nerveux. Comme elle, ses enfants sont tous très nerveux. Jusqu'à l'âge de soixante-quatorze ans, notre malade, abstraction faite de sa tumeur développée dans l'œil, n'avait jamais beaucoup souffert. Caractère irritable, impressionnable à l'excès, quelques maux de tête, des étouffements, une sensation de constriction à la gorge. Ce fut tout. Une tumeur développée dans l'œil droit, rendit l'ablation de l'œil nécessaire. L'opération fut faite il y a deux ans par le Dr Guibert, médecin oculiste à la Roche-sur-Yon. L'opération réussit parfaitement, mais deux mois après environ, une complication singulière survint. La malade subitement se vit dans l'impossibilité d'ouvrir la bouche, d'articuler les mots, de parler. Elle faisait entendre des sons, mais des sons non articulés. Au bout de deux ou trois mois ces phénomènes avaient disparu. Il y a un an environ ces accidents reparurent; c'est alors qu'on me fit appeler.

Examen direct. — Je trouvai la malade au lit, pas trop affaiblie

[1] Voir à ce sujet le remarquable article du professeur Charcot : « *La foi qui guérit* » dans le n° du 1er décembre 1892, de la *New Review*, de Londres. Traduction dans le n° de janvier 1893 des *Archives de Neurologie.*

par son grand âge, les membres inférieurs et supérieurs avaient conservé leur vigueur. Pas de paralysie, ni parésie. Le masque de la face n'est pas altéré, les deux côtés sont tout à fait symétriques. Je n'ai pas examiné les réflexes. Pas de troubles marqués de la sensibilité sauf une plaque très sensible, très douloureuse à la pression à la pommette droite. Je prie la malade de tirer la langue, elle ne le peut. Je la prie d'ouvrir la bouche. Impossible. Les deux mâchoires restent serrées. Elle ne peut causer. Un son clair mais non articulé s'échappe quand elle veut essayer de répondre aux questions. Et il est à peu près impossible de la comprendre. Elle parle comme on parlerait en fermant la bouche et en tenant la langue immobile dans la cavité buccale. En présence des antécédents de cette malade, des quelques troubles nerveux présentés jadis (constriction à la gorge, étouffements), et des constatations directes que je venais de faire, le diagnostic hystérie traumatique s'imposait, du reste la suggestion hypnotique vint éclairer le diagnostic, le confirmer par les résultats qu'elle obtint. Je n'endors pas la malade (la suggestion à l'état de veille ayant presque autant d'effets sur le paysan vendéen que la suggestion pendant le sommeil), j'introduis avec les plus grandes difficultés l'extrémité de la pulpe du petit doigt entre les mâchoires, je commande à la malade d'ouvrir la bouche, qu'elle le peut maintenant. Aussitôt les mâchoires s'entr'ouvrent avec douleurs d'abord, puis bientôt peuvent jouer sans douleurs, mais la langue restait encore appliquée inerte sur le plancher de la bouche. Je l'attire au dehors avec une pince et je dis à notre vieille femme qu'elle peut désormais la faire mouvoir dans tous les sens. C'est ce qu'elle fit. Qu'elle peut parler, articuler les mots. Et elle parle aussitôt d'une voix nette sans bégaiement, sans mâchonnement. Elle était guérie, la santé s'est maintenue depuis.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : 1° L'apparition tardive des accidents hystériques, soixante-quatorze ans ; 2° Apparition de ces accidents sous l'influence d'un traumatisme chirurgical ; 3° La forme de ces manifestations hystériques ; 4° La facilité vraiment surprenante avec laquelle, sans l'aide du sommeil, on arrive par la suggestion à les supprimer.

Comme on peut en juger par ces observations auxquelles je pourrais en ajouter bien d'autres, si je ne devais me limiter, la suggestion si efficace chez les hystériques hypnotisables et qu'on a endormis peut être utilisée et avec succès chez des sujets non hypnotisables ou que l'on ne peut endormir pour des raisons spéciales, préjugés, etc., etc.

Observation V. — *Douleurs particulières de nature hystérique rendant la marche impossible. — Guérison par suggestion sans sommeil.*

G..., quinze ans, mère hystérique, tantes nerveuses, vint me

consulter pour des douleurs vives qu'elle éprouvait dans les jambes surtout la jambe gauche. Ces douleurs n'étaient pas permanentes. Elles survenaient subitement, durant huit jours, quinze jours et plus, puis cessaient. Quand la crise douloureuse éclatait, il lui était difficile de se tenir debout. Et si elle essayait de marcher, c'était des cris tant elle souffrait. L'examen de cette malade m'indique l'hystérie, rétrécissement concentrique très marqué du champ visuel sensation de boule nerveuse lui serrant la gorge et la suffoquant. Le genou droit est très douloureux à la pression. Pas de gonflement, pas de craquements. Les mouvements de flexion et d'extension arrachent des cris à la malade. Je voulus endormir la jeune fille, elle s'y refusa. Devant ce refus absolu, je n'insistai pas et me contentai de lui ordonner des bains, puis à l'intérieur quelques calmants. Le résultat fut assez satisfaisant d'abord. Les douleurs allèrent en s'effaçant. Mais bientôt elles reparurent avec une nouvelle intensité. On ramena la malade dans mon cabinet ou plutôt on la porta dans mon cabinet. Ses parents cette fois l'avaient décidée. On me pria de l'endormir. Malheureusement je n'ai pu réussir malgré une tentative prolongée. Pensant que l'électrisation aidée par la suggestion réussirait, je veux électriser la malade. Je jouais de malheur. Ma pile ne fonctionnait pas, impossible d'avoir le plus faible courant.

Je ne me décourageai pas pour cela, sachant que ma jeune cliente ignorait absolument ce qu'était un courant électrique et que je pouvais par conséquent lui faire croire que tout allait bien; j'appliquai quand même les deux électrodes sur la face interne et externe du genou et je déclarai à la malade que sous l'action de l'électricité les douleurs iraient s'atténuant et que dans un quart d'heure elles auraient totalement disparu et qu'elle pourrait marcher. Je tenais les deux électrodes avec le plus grand sérieux. « — La douleur doit diminuer, lui disais-je. — Oui, répondait-elle, je sens qu'elle est moins forte. » — Puis bientôt : — « Elle ne doit plus exister. — Non, m'était-il répondu. — Maintenant vous pouvez marcher. » — Je retirai l'appareil, qui n'avait jamais fonctionné (je l'ai dit plus haut) et qui pourtant a eu la propriété de supprimer la douleur et de permettre la marche. La malade est partie guérie.

CHAPITRE III

HYSTÉRIE ASSOCIÉE. — GUÉRISON DE TROUBLES HYSTÉRIQUES PAR HYPNOTISME. — PERSISTANCE DES TROUBLES DUS AUX MALADIES CONCOMITANTES.

J'ai dit dans l'exposé de ce travail que l'hypnotisme n'était efficace que dans l'hystérie, que partout ailleurs ses résultats

étaient nuls ou à peu près nuls, que si le malade semblait soulagé par ce mode de traitement c'est que l'élément hystérique était surajouté et que c'est l'effacement de ces troubles hystériques qui faisait croire à l'action bienfaisante de l'hypnotisme.

L'école de Nancy prétend bien que l'hypnotisme a guéri d'autres névroses, et même certaines affections organiques. Tout dernièrement on relatait dans les journaux un cas de guérison de la chorée par l'hypnotisme.

Je ne voudrais pas contester ces résultats magnifiques dus à l'hypnotisme, pourtant toutes mes expériences faites à ce sujet me forcent à soutenir une opinion absolument contraire. Jamais dans aucune autre affection que dans l'hystérie, la suggestion pendant le sommeil hypnotique ne m'a donné de résultats sérieux. Tout au plus un soulagement très passager, ne durant que les quelques minutes qui suivaient la suggestion. — J'ai parlé tout à l'heure de chorée de Sydenham prétendue guérie par l'hypnotisme; mais j'ai sous les yeux l'observation et j'y vois qu'il a fallu continuer les séances pendant bien longtemps. — Or on sait que les crises choréiques ne se prolongent pas ordinairement au delà de deux ou trois mois, quatre mois au maximum dans cette chorée de Sydenham.

Si la chorée, pendant le traitement par l'hypnotisme, allait toujours en s'amendant, ne peut-on pas soutenir que c'est le temps, plus que le traitement, qui entraînait ainsi le malade vers la guérison. J'ai eu à donner, il y a trois mois, mes soins à une choréique, j'ai fait sur elle de l'hypnotisme; ne constatant pas de diminution dans l'intensité de ses mouvements choréiformes, j'ai abandonné ce traitement et me suis contenté de lui donner du fer et de l'arsenic. Deux mois après environ, la guérison avait lieu. Aurais-je donc été en droit si j'avais continué les séances d'hypnotisme de mettre sur le compte de la suggestion le résultat obtenu. Evidemment, non. Et c'est, je crois, ce qu'on se presse trop de faire dans des circonstances analogues. Quant aux prétendues guérisons par l'hypnotisme signalées par le représentant autorisé de l'école de Nancy, par Bernheim, si on les étudie sérieusement, si on les dissèque avec soin, on est surpris de constater que la plupart de ces malades étaient des hystériques, que des troubles rapportés à certaines lésions organiques pouvaient bien n'être que des manifestations hystériques. Je ne voudrais pas pro-

longer cette discussion, d'autres, M. Babinski en particulier, ayant traité la question avec plus d'autorité et plus d'éclat. Je relaterai seulement quelques exemples où l'hystérie était associée à d'autres affections organiques et où il y a eu amélioration par l'hypnotisme, par la disparition de phénomènes hystériques.

Observation I. — *Hystérie. — Neurasthénie. — Guérison par hypnotisme des accidents hystériques. — Contractures. — Persistance des troubles neurasthéniques.*

G..., trente-huit ans. — Les antécédents héréditaires ne révèlent rien. — Un père qui boit peut-être plus que de raison et c'est tout. Depuis plus de dix ans, cette femme souffre de douleurs vives à l'estomac; ses digestions sont très pénibles. Il y a du météorisme abdominal. Je lui avais donné à plusieurs reprises mes soins. — Il y avait eu soulagement, mais pas guérison. Ce n'était du reste pas à ce sujet qu'elle venait en dernier lieu me consulter. Depuis trois semaines elle était prise d'une contracture du sterno-mastoïdien. — C'était là une manifestation évidemment hystérique. Du reste les stigmates de l'hystérie, zone hystérogène au-dessous du sein droit et au sommet de la tête, rétrécissement concentrique doublé du champ visuel, anesthésie pharyngienne, existaient. C'était donc une hystérique que j'avais toujours auparavant considérée comme une pure neurasthénique, car la céphalée, l'insomnie, la dépression cérébrale, l'asthénie motrice, l'atonie gastro-intestinale, tous les symptômes cardinaux de la neurasthénie, elle les présentait. L'hystérie s'était jusque-là dissimulée; il a fallu l'apparition de cette contracture pour me mettre sur la voie. J'avais ainsi devant moi une hystérique et une neurasthénique tout à la fois.

Pour lui enlever cette contracture, la suggestion était tout indiquée. Je l'endors et fais disparaître aussitôt sa contracture. J'essaie de lutter par le même moyen contre les troubles neurasthéniques, céphalée, gastralgie, atonie gastro-intestinale. A son réveil, elle est tout étonnée d'avoir le cou droit, et très mobile, la douleur épigastrique, elle aussi, avait disparu. Je lui dis de revenir le soir dans mon cabinet. « Je suis guérie, me dit-elle alors, de mon cou, mais je souffre toujours dans le ventre. Le mieux n'a duré qu'un quart d'heure environ. » Je n'en fus pas surpris, car j'avais fait maintes fois l'expérience chez des neurasthéniques, et je n'ai jamais pu obtenir qu'un soulagement absolument passager, variable de cinq minutes à une heure au maximum.

Voilà donc une malade chez qui sont associées deux névroses, hystérie et neurasthénie. Elle est très sensible à la suggestion; les troubles hystériques s'effacent instantanément et le résultat est

durable, la neurasthénie, elle, n'est touchée que pendant les quelques minutes qui suivent la suggestion. En répétant l'expérience, dira-t-on peut-être, ce soulagement de quelques minutes deviendra-t-il permanent. J'ai fait l'essai, à la dixième séance je n'étais pas plus heureux qu'à la première. Essayez d'enlever la céphalée à une hystérique, vous y arriverez par l'hypnotisme; à la céphalée de la neurasthénique, l'hypnotisme n'y touchera pas, ou y touchera peu. Toutefois j'estime que chez les neurasthéniques, il est bon d'utiliser le traitement moral, de l'associer aux médicaments donnés.

OBSERVATION II. — *Hystérie.* — *Chorée.*

Au début de ce chapitre j'ai dit un mot de cette enfant qui fait l'objet de cette observation. J'ai dit que j'avais essayé de la guérir de sa chorée et que j'avais dû cesser les séances, en raison de l'inefficacité du traitement. La suggestion, chez elle, lui avait pourtant apporté quelques soulagements ; mais c'était une petite hystérique : ovarienne double, hyperesthésique à gauche, hémianesthésique à droite. Je fis cesser les douleurs des membres gauches et les douleurs gastro-abdominales; mais la chorée, je n'avais pu la toucher. Elle a guéri, comme je l'ai dit plus haut, au bout de deux mois environ. Mais je ne suis nullement en droit de mettre sur le compte de l'hypnotisme une guérison qui, sans traitement, a l'habitude de se produire dans un délai variable de un mois à quatre mois.

OBSERVATION III. — *Myopathie primitive* (Type Erb). — *Hystérie.*

Je ne devrais pas parler ici de cette malade puisque sur elle je n'ai pas fait d'hypnotisme. Toutefois les cas de ce genre sont encore assez rares pour que l'on doive les signaler quand on les rencontre, dût-on s'écarter un peu du cadre tracé et puis cette myopathique est une hystérique. A un moment donné elle peut à ce titre être frappée de certains accidents dont l'hypnotisme aura raison. Et si l'on n'y prend garde, on sera tenté dans cette circonstance de tirer cette déduction que la suggestion hypnotique a prise même sur la myopathie, puisqu'elle a amélioré un sujet atteint de cette affection, déduction fausse évidemment, mais déduction fatale si l'on n'a pas eu soin de fouiller ce malade et d'y voir tout ce qu'il renferme.

Je voudrais donner de cette malade une observation plus complète, mais je ne l'ai vue qu'une fois, certains détails m'échapperont donc dans cette relation.

G..., vingt-cinq ans, mère nerveuse, père alcoolique, n'a rien présenté d'anormal jusqu'à l'âge de quinze ans. A cette époque elle éprouve une faiblesse dans le bras droit puis bientôt dans le bras

gauche. Bientôt on peut constater un amaigrissement déjà considérable des deux épaules. Les jambes se prennent à leur tour. Faiblesse et amaigrissement de la hanche. La malade est devenue impotente. Elle ne peut plus se vêtir seule. La marche est très difficile, presque impossible.

Examen direct. — C'était une jeune fille très intelligente que j'avais devant moi : figure expressive, tête bien conformée, fraîcheur du teint que la maladie n'avait pas altérée. — Pas d'atrophie des muscles de la face. — L'orbiculaire des paupières et des lèvres intact. — La malade s'était trainée dans mon cabinet avec une démarche bizarre. Les pieds ne quittaient pas le sol. — Elle s'avançait tout d'une pièce. — Le ventre très proéminent en avant comme si elle était porteur d'un volumineux kyste. — Les épaules fortement projetées en arrière, ensellure considérable à la région dorso-lombaire, les bras sont tombants le long du tronc. — Elle imitait assez bien les clowns que l'on voit dans les cirques et qui s'avancent en se traînant avec une énorme bosse abdominale, les fesses et la partie supérieure du dos faisant une immense saillie en arrière.

Si l'on fait asseoir la malade, elle ne peut se relever seule, il faut qu'on la soulève. — Une fois debout elle peut se maintenir dans la position droite, mais si on lui imprime le plus léger choc, ou si la pauvre infirme imprime à son corps la moindre oscillation, aussitôt l'équilibre est rompu, la rectitude s'efface ; si le choc se fait d'un côté, les membres inférieurs feront aussitôt avec le reste du tronc un angle rentrant, la tête fémorale du côté opposé sortant en partie de sa cavité, attitude que la malade ne pourra conserver longtemps. Elle ne peut se redresser elle-même, il faut qu'on la redresse.

Si elle veut s'asseoir, elle se laissera choir tout d'une pièce. Elle tombe comme une masse, lourdement. Une fois le mouvement commencé pour s'asseoir, elle ne peut se retenir. Il faut désormais qu'elle s'abatte sur son siège.

Si on l'étudie de plus près, après l'avoir dépouillée de ses vêtements, que remarque-t-on ? Une atrophie complète des muscles de l'épaule et de la hanche, atrophie telle que les têtes humérales et fémorales peuvent jouer dans leurs cavités respectives, en sortir et y rentrer avec une étonnante facilité comme s'il n'existait pour empêcher une disjonction complète que la peau et une capsule très relâchée. Les deux articulations sont aussi mobiles que celles que l'on vient de préparer dans une salle de dissection après avoir enlevé tous les muscles qui les recouvrent. Chez cette malade la peau recouvrait de véritables pièces anatomiques.

Faisant contraste, les muscles de l'avant-bras et des mains, les muscles des jambes ont conservé leur volume normal. Pas d'hypertrophie mais pas d'atrophie, les éminences thénar et hypothénar

ont conservé leur relief. — Pas d'amaigrissement de la face comme je l'ai dit plus haut, l'orbiculaire des paupières et des lèvres n'est pas touché. Les réflexes sont diminués. Pas de secousses fibrillaires. Quelques douleurs fugitives et légères dans les membres. Les fonctions digestives ne sont pas troublées, le cerveau reste intact. J'avoue sans fausse honte, que ce cas tout d'abord me troubla. C'était de l'atrophie musculaire mais quel genre d'atrophie ?

Ce n'était pas l'atrophie musculaire progressive de Duchenne. L'intégrité des muscles des mains, l'absence des trémblements fibrillaires écartaient ce diagnostic. Ce n'était pas l'atrophie musculaire héréditaire de Duchenne, l'orbiculaire des lèvres et des paupières étant parfaitement conservé. Ce ne pouvait donc être que l'atrophie juvénile décrite par Erb où la ceinture scapulaire est surtout prise et où les muscles affectés ne présentent pas d'apparence hypertrophique. Cet embarras dans lequel m'avait jeté cette malade ne fut pas sans profit. En m'égarant dans des recherches absolument inutiles dans ce genre d'affection, je fus conduit à trouver autre chose que la myopathie. La myopathie n'existait pas seule, la névrose hystérique y était associée ainsi que l'attestaient un rétrécissement notable et double du champ visuel, l'anesthésie du pharnyx et certaines sensations de suffocation, d'étranglement à la gorge. Elle aurait eu en bas âge quelques pertes de connaissance, attaques de sommeil.

Nous trouvons donc encore là deux maladies associées. Comme c'est la myopathie qui domine la scène, supposons une paralysie, une contracture survenant subitement et disparaissant par la suggestion, on sera tenté de croire à l'efficacité de l'hypnotisme dans une maladie où jusque-là tout traitement a échoué. C'est là du reste ce que, dans certaines écoles, on s'est trop pressé de conclure dans des cas à peu près analogues. Il importe donc de se mettre en garde contre de tels résultats et de ne pas en tirer d'aussi fausses déductions.

Observation IV. — *Mal de Pott. — Hystérie. — Guérison par hypnotisme d'un hoquet hystérique permanent et de douleurs vives à la région interne et externe de la cuisse à la région dorso-lombaire rendant la marche très difficile, douleurs qui m'avaient fait croire longtemps à une altération de la moelle par la carie vertébrale.*

Ch..., trente-huit ans, appartient à une famille de névropathes, père, mère, tantes, oncles, tous nerveux.

Pas de tuberculeux dans les ascendants et les collatéraux. Depuis son bas âge, cette malade présente une déformation très marquée de la colonne vertébrale qui est déviée fortement à droite. Les apophyses épineuses font une saillie énorme à la région dorsale. L'ensellure lombaire est très prononcée. Ch.... a toujours traîné

une existence très misérable, souffrant tantôt dans un point, tantôt dans un autre. Aux dernières vertèbres lombaires surtout et à la hanche gauche, les douleurs sont parfois si intenses que la marche est excessivement pénible. Peu ou pas de sommeil à cause de la douleur. Tous mes confrères de la région ont eu à donner leurs soins à cette malade qui cherchait partout un soulagement et qui n'en trouvait jamais. Teinture d'iode, vésicatoires, pointes de feu, tout fut employé et cela sans résultat. Quant elle vint me trouver il y a trois mois, ce n'était plus dans le but d'obtenir une guérison. Ayant tout tenté sans succès, elle n'y croyait plus. Mais elle craignait que le mal n'augmentât et qu'elle ne restât clouée sur le lit pour le reste de ses jours. Après examen de ma malade, la constatation de son mal de Pott, je crus comme mes confrères que les douleurs, qu'elle indiquait, résultaient de la déformation vertébrale. La moelle serait intéressée.

Je fis de la révulsion le long de la colonne vertébrale et prescrivis l'iodure et l'arsenic à l'intérieur. Pendant trois mois, tous les huit jours, j'appliquais des pointes de feu et l'amélioration ne se faisait pas sentir. J'allais abandonner le traitement, la malade, du reste, en était fatiguée, quand elle se présenta à moi avec un hoquet permanent qui ne lui laissait pas de trêves. Un hoquet qui durait déjà depuis huit jours sans interruption ne pouvait être qu'un hoquet hystérique. J'avais bien toujours jusque-là considéré ma malade comme nerveuse. Mais je n'y avais attaché aucune importance, persuadé que le nervosisme n'était pour rien dans les douleurs qu'elle avait toujours indiquées. Ce hoquet éveilla mon attention. Si tous les phénomènes que madame C... présentait allaient être des phénomènes hystériques! Je recherchai les principaux stigmates de cette névrose. J'en trouvai peu : un peu de rétrécissement du champ visuel cependant, mais j'étais fixé par le trouble particulier qu'elle venait de manifester. J'ai eu peur d'un refus en lui proposant de l'endormir et me contentai de la suggestion à l'état de veille en lui posant la main sur le ventre et en lui disant que maintenant je lui défendais d'avoir le hoquet devant moi pendant toute la durée de la consultation. Le hoquet s'arrêta à son grand étonnement. J'étendis alors la suggestion et lui déclarai qu'elle ne l'aura jamais plus. Je ne m'occupai pas cette fois de ses douleurs peu confiant dans la puissance de la suggestion pour les faire disparaître, d'autant que je n'étais pas fixé sur leur nature et craignant que l'insuccès de cette dernière suggestion ne détruisît le bon effet de la première.

Huit jours après la malade me revint, le hoquet avait reparu. Une nouvelle suggestion pratiquée à l'état de veille ne donna pas de résultats. C'est alors que, sans la prévenir, je la plongeai dans le sommeil hypnotique. Le hoquet s'arrêta aussitôt. Cette fois j'étendis ma suggestion aux douleurs et à la marche et le résultat

fut complet. Les douleurs que les pointes de feu n'avaient jamais calmées s'évanouirent, comme par enchantement, dans une courte séance d'hypnotisme. La marche n'est plus pénible, la malade, en un mot, est guérie et la guérison se maintient depuis plusieurs mois.

Voilà encore un bel exemple de la difficulté de diagnostic de l'hystérie, quand elle est associée aux affections organiques. Il est souvent difficile de savoir la part qui revient à ces diverses maladies[1]. L'hypnotisme peut servir d'élément au diagnostic et je confesse que c'est surtout dans le but de m'éclairer que j'avais fait ici usage de la suggestion. J'ignorais auquel, du mal de Pott ou de la névrose, je devais rattacher les phénomènes douloureux que la malade présentait depuis si longtemps et qui rendaient la marche si difficile et si pénible. Après l'expérience j'étais fixé. Il devenait incontestable que tout cela se rapportait à l'hystérie. J'avais bien fait souffrir cette pauvre infirme, et d'autres, avant moi, l'avaient bien fait souffrir aussi sans résultat; il a suffi d'une séance d'un quart d'heure pour rétablir une santé jugée très compromise et que des soins continus pendant de longues années n'avaient pu améliorer.

Avant de clore la série de mes observations, je voudrais pourtant dire un mot de certains accidents hystériques que j'ai eu à constater depuis quelques jours, et qui tout d'abord m'avaient un peu égaré. Je veux parler de la coxalgie hystérique. Voilà plusieurs coxalgies hystériques que je rencontre depuis un mois; à la première je fis erreur. Je crus, malgré l'apparence d'une santé robuste et malgré l'absence d'hérédité, que ma malade portait une arthrite tuberculeuse. Je la fis mettre dans un appareil. Ce cas se produisit dans ce pays de Saint-Fulgent dont je parlerai plus loin, pays qui m'a fourni presque toutes les observations que j'ai relatées. Cette jeune fille était très aimée de ses compagnes et on allait en foule lui rendre visite. Dix jours après environ, une autre jeune fille se présente, elle souffrait de la hanche, avait de la claudication, et craignait d'avoir la maladie de sa camarade! Je l'examine et je constate une légère déformation de la hanche, le pli fessier du côté malade était abaissé. Là encore je crus à une arthrite tuberculeuse. Trois jours après c'était le tour d'une autre jeune fille. Elle souffrait, elle aussi, de sa jambe et présentait également un peu de claudication. Elle aussi, craignait de devenir comme sa camarade et d'être mise dans un appareil. Enfin une quatrième arrive, mêmes douleurs, mêmes déformations et mêmes craintes. Cette fois, cette épidémie de coxalgies fut pour moi une révélation. Tant de coxalgies dans

[1] Voir à ce sujet le mémoire de M. Babinski intitulé : « *De la migraine ophthalmique hystérique* » (*Arch. de Neurol.*, n° 60) dans lequel cet auteur fait connaître les règles du diagnostic de l'hystérie.

une même localité et survenant en si peu de temps! La peur n'aurait-elle pas créé le mal? Et ce mal créé par la peur ne pouvait être qu'un accident hystérique. J'ai examiné à nouveau ces malades, y compris celle que j'avais placée dans l'appareil : et bien j'avais quatre hystériques. Et je m'incline à croire que la tuberculose n'est pour rien dans ces manifestations et que ce sont des manifestations purement hystériques. Je n'ai pas encore essayé ce que peut faire l'hypnotisme, mais il est probable que ce traitement réussira. J'arrête ici mes observations personnelles. Elles suffiront pour montrer toute la puissance de la suggestion dans le traitement des accidents hystériques. Mais là se borne son action. L'hystérie voilà son domaine. L'hypnotisme n'en a pas d'autres. On prétend bien que le neurasthénique est amélioré, guéri même de ses accidents par l'hypnotisme. Mais le neurasthénique est souvent hystérique, n'est-ce pas alors l'hystérique qui a été touché. J'ai dit ce que je pensais de la chorée guérie par la suggestion Je n'y crois pas. Quant aux affections organiques, je m'étonne même que certains esprits, pourtant fort appréciés, aient pu croire un instant à la possibilité de l'amélioration même légère de ces affections par cette médication psychique. Je dirai également qu'en clinique mentale l'hypnotisme n'est d'aucun secours. Toutes les prétendues guérisons que l'on signale sont très discutables, on cite des maniaques guéris par la suggestion, des dégénérés qui ont vu par ce traitement leurs obsessions disparaître.

Mais l'aliéniste n'est pas toujours un neuropathologiste. Il peut oublier que l'hystérie est susceptible de coexister avec toutes les formes d'aliénation mentale.On trouve des dypsomanes hystériques, des dégénérés hystériques, des hystériquespersécutés, quoiqu'ils soient rares, des mélancoliques, des vicieux hystériques. Et certes, dans ces différents cas, l'hypnotisme peut et doit agir. Mes expériences faites sur ce sujet me confirment du moins danscette opinion. Mais elles m'ont prouvé également que jamais l'hypnotisme n'a pu supprimer le délire a un délirant non hystérique. Et je suis heureux de me trouver ici, d'accord avec mon ancien maître M. le Dr Briand. L'aliéné est d'abord difficilement hypnotisable, et, le serait-il, qu'on n'arrivera jamais par la suggestion à lui supprimer les hallucinations qui alimentent son délire. Je suis partisan autant que personne de l'hypnotisme. Mais mon enthousiasme n'ira pas jusqu'à lui conférer des pouvoirs qu'il n'a pas. Ne le sortons pas du domaine de l'hystérie. Et certes, vu la fréquence de cette névrose, le champ est vaste déjà; et il suffit pour qu'on apprécie hautement les bienfaits de cette médication.

Comme on a pu le constater, en parcourant quelques-unes de mes observations, la suggestion pendant le sommeil n'est pas nécessaire. A l'état de veille une suggestion bien faite donne parfois de bons résultats. Depuis quelque temps j'en arrive même à ne

plus prendre la peine d'endormir mes sujets. Il est vrai que je me trouve ici dans un terrain spécial que l'on ne rencontre pas souvent, les malades obéissant avec une facilité étonnante à la suggestion. On a pu voir que par un simple commandement, un hoquet hystérique était arrêté, une contracture spasmodique cessait, un vomissement hystérique était supprimé, etc., et cela chez des malades qui n'avaient jamais été soumis aux pratiques de l'hypnotisme. Toutefois j'ai reconnu que, si les troubles effacés par la suggestion faite à l'état de veille reparaissaient, il était inutile d'essayer à nouveau ce mode de suggestion, les résultats demeuraient cette fois absolument nuls. Ces malades ayant toujours présent à l'esprit l'échec de ce procédé et faisant cette réponse : « Vous m'avez déjà commandé de ne plus souffrir et vous savez que le mal est revenu quand même. Il faut alors en venir au sommeil.

Chez nos hystériques vendéens il est essentiel aussi, pour mettre le plus de chances de son côté, de parler avec assurance, de promettre formellement la guérison ; si l'on se bornait simplement à leur faire entrevoir la possibilité d'une amélioration, comme la prudence semblerait le commander, on n'aurait avec eux aucun succès, car ils ont plus que qui que ce soit besoin d'une foi complète dans la guérison. On voit quel rôle important est appelé à jouer l'hypnotisme dans le traitement de la névrose hystérique et je m'étonne que certains médecins se font encore un scrupule d'employer cette médication. Ils craignent que l'on voie le charlatan dans l'hypnotiseur et que, de ce fait, leur dignité se trouve compromise. Qu'importe ce que l'on peut dire si l'on guérit? N'est-ce pas le devoir du médecin de travailler de toutes ses forces, par tous les moyens que la science lui fournit, au soulagement de ses semblables? Que n'at-on pas dit de moi tout d'abord dans ce pays si fanatique de Vendée! Que j'usais de procédés diaboliques. Pour un peu on aurait songé à m'exorciser. Devant certains succès on s'est tu et bientôt on ne vit plus que les résultats obtenus et on aima à en profiter.

Je dirais même que les choses allaient trop loin. Que de vieillards paralytiques, que d'enfants atteints de paralysie infantile ne m'a-t-on pas conduits à ma consultation, pour que je rende la vie à des membres qui refusaient tout service. Pour peu mon cabinet serait devenu une succursale de Lourdes.

CHAPITRE IV

DES CAUSES DE LA FRÉQUENCE DE L'HYSTÉRIE EN VENDÉE.

Il me reste une dernière question à traiter. Pourquoi les névroses, surtout les névroses hystériques et neurasthéniques

sont-elles si fréquentes en Vendée, ou du moins dans cette partie de la Vendée que j'habite, car, comme je l'ai dit au début de mon travail, il ne se passe pas de jours que je ne trouve à ma consultation trois ou quatre hystériques nouveaux. Et si depuis trois ans que j'exerce dans ce pays j'avais voulu noter tous les sujets hystériques que j'ai eu à traiter, j'en aurais un volume, car je n'ai relaté ici que ceux qui offraient les particularités les plus intéressantes ou dont j'avais recueilli les observations.

Un canton limitrophe de celui que j'habite, le canton de Saint-Fulgent, est vraiment remarquable à ce point de vue. Je pourrais citer certains villages composés de plusieurs familles où tous presque sans exception, hommes, femmes, enfants, sont des hystériques ou des neurasthéniques. Pour donner un léger aperçu de la fréquence des névroses dans ce canton, je suis appelé un jour dans un de ces villages pour une malade affaiblie par une métrorrhagie abondante. Profitant de mon passage, on me fait rentrer dans cinq maisons de ce village. Qu'est-ce que j'y trouve? Certes, mon diagnostic fut peu varié, nervosisme partout. — Dans une maison le père et les deux filles, tous trois hystériques avec boule nerveuse, rétrécissement du champ visuel, plaques hystériques; dans une autre, père asthmatique, un garçon de quatorze ans hystérique avec hyperesthésie douloureuse aux deux membres supérieurs, un autre enfant hystérique avec tous les stigmates de l'hystérie : étouffement, bourdonnement d'oreilles, insomnie, rétrécissement du champ visuel; dans une troisième maison, une femme de soixante-seize ans, contracture spasmodique des muscles de la mâchoire, hystérie (observation relatée plus haut), la fille de la malade également hystérique. Dans une quatrième maison, la malade pour qui j'avais été appelé et qui avait des hémorrhagies abondantes. C'était encore une hystérique, elle en avait les principaux stigmates. Dans une cinquième maison, je retrouvai une neurasthénique avec les principaux syndromes : asthénie motrice, sensations de casque lui serrant le crâne, douleurs à la nuque, dyspepsie, insomnie, etc... et les deux enfants de cette femme, l'un neurasthénique comme sa mère, l'autre hystérique. J'ai pris ce village au hasard parmi une foule d'autres, où, appelé pour une malade, je voyais courir à moi un tas d'hystériques ou neurasthéniques toujours en quête, comme nous le savons, de trouver

un remède aux souffrances qu'ils endurent. Je crois pouvoir assurer que sur cent habitants pris au hasard dans le canton de Saint-Fulgent, je trouverai 90 nerveux, hystériques ou neurasthéniques. Saint-Fulgent est une véritable colonie de névropathes. A quoi attribuer cette fréquence de névroses ?

L'hystérie et la neurasthénie semblent de prime abord vouloir habiter de préférence les grands centres. Là, les bals, les spectacles, les plaisirs de tous genres, le surmenage intellectuel, les fatigues morales sont autant d'éléments propres à favoriser le développement de ces névroses. Le paysan vendéen, lui, est pourtant soustrait à toutes ces causes. Il ne connaît que son champ, sa charrue et ses bœufs. Il ignore toutes les grandes émotions. Il n'a pas le souci de la lutte pour l'existence. Il vit sans ambition, et, par conséquent, sans grandes déceptions. Il vit de peu, et son travail lui assure toujours un bien-être suffisant. Pourquoi dans un pays ou la vie est si calme, les habitudes si austères, trouve-t-on tant de nerveux? Est-ce l'alcoolisme des parents? On boit en effet beaucoup en Vendée, le Vendéen a cette réputation et elle est méritée. Toutefois on trouve très peu d'alcooliques, surtout d'alcooliques avec manifestations cérébrales. On constatera bien quelques scléroses hépatiques, rénales et cardiaques, encore sont-elles rares. Mais le cerveau reste intact. Cela tient sans doute à cette raison que le Vendéen ne boit guère que du vin, le vin qu'il récolte lui-même, car chacun a son coin de vignes, et, si parfois il boit des alcools, c'est de l'eau-de-vie qu'il fait retirer lui-même de la distillation de son vin. — Ce n'est donc pas l'alcoolisme des parents, la vraie cause, car à Paris où l'alcoolisme fait tant de ravages, puisque les alcooliques peuplent plus de la moitié des asiles de la Seine, l'hystérie, sans être rare, n'est pas aussi fréquente que dans le pays qui nous occupe en ce moment. Il faut donc chercher autre chose. — Le Vendéen n'émigre pas, il ne quitte pas facilement le lopin de terre qui l'a vu naître. Il se mariera avec un voisin, et ce voisin sera le plus souvent son parent, à un degré plus ou moins éloigné. Et on est étonné de voir qu'une agglomération de plusieurs milliers d'hommes n'est représentée que par quelques familles. Ces mariages consanguins qui favorisent la dégénérescence mentale peuvent également produire l'hystérie.

C'est là certainement la raison principale de cette véritable

épidémie de névropathie constatée dans les deux cantons où je suis appelé à donner mes soins. J'ai dit que quelques familles composaient toute l'agglomération et que presque tous les habitants étaient parents à un degré plus ou moins rapproché. Supposons à l'origine deux ou trois troncs nerveux à côté de deux ou trois troncs non nerveux. — Le mariage des branches de ces différents troncs entre elles entraînait fatalement cette conséquence pour l'avenir, que tous les rameaux sans exception issus de ces branches devaient porter avec eux la tare nerveuse.

Il y a enfin cette autre considération qu'un pays neuf, primitif, où les idées superstitieuses dirigent tant de cerveaux, où règne le fanatisme religieux, où la croyance à tout ce qui est surnaturel est si profondément enracinée qu'un tel pays peut voir se développer plus aisément les névropathies. L'enfant au coin du feu, dans ces longues veillées d'hiver, entend raconter les histoires les plus fantasques de revenants, de sorciers. Sa jeune imagination est frappée par ces récits grotesques. Son cerveau travaille sur ces idées bizarres que l'on y sème. Le jour il y pense, la nuit il y rêve. Toutes ces images, toutes ces représentations terrifiantes ne sont-elles pas propres à ébranler le système nerveux, à le surexciter, au point de produire bientôt un état pathologique qui sera l'hystérie ou la neurasthénie? L'alcoolisme des parents, le mariage consanguin surtout[1], le fanatisme et les superstitions, voilà les seules causes que je trouve pour expliquer le développement anormal du nervosisme dans cette partie de la Vendée.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

XII. Facheuses conséquences de la contrainte; par le Dr Ch. W. Page.

Une jeune fille d'excellente famille bien élevée, pieuse, tenue à l'abri des mauvaises fréquentations, devient tout à coup folle

[1] Nous croyons devoir faire des réserves au sujet du rôle de la consanguinité. C'est à l'hérédité névropathique surtout que sont dus ces nombreux cas de maladies nerveuses, hérédité, il est vrai, qui se trouve doublée par le mariage consanguin. (B.)

furieuse, par suite d'un surmenage intellectuel trop grand pour sa santé délicate. Dans ses accès, ses parents l'entendaient, à leur grande douleur, proférer les mots les plus grossiers, les expressions les plus impures.

Pourtant la conduite de leur fille ne pouvait être soupçonnée. L'auteur explique ce fait étrange de la manière suivante :

La jeune fille avait entendu peut-être une seule fois ces mots qui avaient fait une forte impression sur elle, parce qu'elle les abhorrait. Elle se les était souvent répétés, à elle-même, pour accroître son horreur du vice. Tant qu'elle avait joui d'un esprit sain, sa volonté avait eu assez d'empire pour l'empêcher de les prononcer. Maintenant que la raison n'avait plus aucune action sur les émotions, ces mots qui l'avaient vivement frappée, lui venaient aux lèvres, de là la forme bizarre de sa folie. La contratnte même qu'elle s'était imposée avait, sinon causé sa maladie, du moins déterminé le sens dans lequel elle se manifestait.

Les mêmes faits peuvent se présenter, non plus dans la folie furieuse, mais dans la mélancolie. Les fous qui se croient des criminels, qui sont assaillis de remords, sont les gens qui, avant leur maladie, furent les plus honnêtes. C'est la pensée conrte laquelle ils luttaient qui fait sur leur esprit l'impression la plus profonde et qui dominera lorsqu'ils ne sont plus maîtres de la direction de leurs facultés. Dans ces conditions, toute émotion, tout sentiment toute pensée réprimée s'imposent à l'esprit avec plus de force. Un désir non satisfait produit les mêmes conséquences.

La conclusion de l'auteur est la suivante :

« Si vous voulez ne pas vous exposer aux fâcheuses conséquences de la contrainte de la pensée, n'ayez jamais devant les yeux que ce qui est juste, bon et honnête. » (*American journal of insanity*, 1893.)

E. B.

XIII. Parallèle du traitement chirurgical et de l'éducation pour l'amélioration des conditions mentales des arriérés; par le Dr P. Norbury.

L'idiotie, la microcéphalie, dues à des troubles survenus dans le cerveau aux cinquième et sixième mois de la gestation, ne peuvent pas être guéris par une opération chirurgicale. Les opérations n'ont apporté que des résultats contestables et incomplets. Le véritable remède de l'idiotie est une éducation patiente, bien comprise et bien graduée. (*American journal of insanity*, 1893.) — C'est la thèse qui a été souvent soutenue dans ce Recueil, par M. Bourneville. E. B.

XIV. Du trional comme narcotique; par Brie. (*Neurolog. Central.*, 1892.)

C'est le premier des narcotiqnes. Il doit remplacer le sulfona quand on n'a pas besoin d'une action prolongée, et mérite la pré-

férence sur ce dernier parce qu'il est presque insipide, facile à prendre, parce qu'il agit vite, n'a que rarement d'effets accessoires et encore très peu. Indiqué dans l'insomnie des aliénés agités. Doses : 2 à 3 grammes dans l'eau chaude refroidie ensuite. Sommeil de 6 heures au moins. P. K.

XV. L'ovariotomie dans le traitement de la folie; par le Dr Thomas G. Morton.

L'ovariotomie pratiquée sur les aliénées pour rétablir l'équilibre mental n'a pas généralement réussi. Quelquefois même la folie est résultée de cette opération chez des femmes saines d'esprit. C'est dans les centres nerveux qu'est le siège du mal et non dans des organes distincts n'exerçant qu'une action secondaire. Il faut mettre à part, cela s'entend, les cas où des affections visibles des ovaires rendent leur ablation nécessaire.

A un autre point de vue, le médecin n'a pas le droit de pratiquer ni les parents d'une aliénée le droit de permettre la castration d'une femme qui ne peut donner son consentement et qui, revenue à la raison, peut ressentir douloureusement la perte de ses organes sexuels : supposez, dit l'auteur, que vous fassiez la même opération à un homme pour le guérir de quelque manie érotique? et voyez, par comparaison, les conséquences morales et légales d'une telle opération. (*American journal of insanity*, 1893.) E. B.

XVI. L'hydrastinie dans l'épilepsie.

V. G. Kiseleff, faisant des expériences sur des chiens et des cochons d'Inde, a trouvé que des injections intra-veineuses d'hydrastine (voir *Epitome*, 23 avril, 1892, p. 66,et 28 mai, p. 87) même à petite dose (0 gr. 04 p. 1,000 chez le chien) abaissait visiblement l'excitabilité de la substance corticale du cerveau et adoucissait ou arrêtait les accès d'épilepsie causés par l'absinthe.

Les observations qu'il fit l'amenèrent à essayer l'hydrastine dans 6 cas d'épilepsie. Donné à l'intérieur en solution d'un 1/5 à 1/2 grain jusqu'à un ou 2 grains par jour. Chez quatre malades dans l'espace de deux ou trois semaines, les accès diminuèrent à la fois de fréquence et d'intensité alorsque chez les deux autres le traitement fut moins efficace. On ne constata aucun effet désagréable par la suite.F. Kh. Gadziacki employa également l'hydrastine dans un cas d'épilepsie, mais n'obtint aucun résultat. Le traitement de l'épilepsie par l'hydrastine, aussi bien que de la rage et de l'empoisonnement par la strychnine, fut d'abord suggéré par P. I. Arkhangelski dont les expériences sur des animaux démontrèrent que l'alcaloïde($C^{11} H^{12} NO^{2}$) possédait des propriétés antispasmodiques puissantes. (*Med. and Surg. Journ.*, 1892, p. 169).

XVII. — Contribution a l'histoire du traitement sans contrainte et du séjour au lit d'aliénés; par O. Klinke. (*Allg. Zeitsck. f. Psychiat.*, XLIX, 5.)

Revue historique et critique. Le traitement des aliénés par l'alitement est un moyen souverain qui n'est pas encore suffisamment apprécié comme il conviendrait. C'est un puissant calmant. S'il est difficile d'arriver à maintenir au lit les mélancoliques agités, les catatoniques à impulsions d'origine passive et à délire des négations, ceux surtout qui ont déjà eu des accès de folie pendant lesquels on n'a pas exigé leur maintien au lit, on alite facilement les maniaques, les fous systématiques agités, les épileptiques et les idiots en état d'agitation, et l'on obtient des résultats surprenants du séjour au lit chez les aliénés malpropres et destructeurs. Par ce traitement, on supprime l'isolement ou on le réduit au minimum; on diminue l'élément émotif, et l'on donne aux salles l'aspect réconfortant d'une salle de malades ordinaires. Enfin, c'est un traitement à bon marché. P. K.

XVIII. — D'une nouvelle méthode de traitement de l'épilepsie; par P. Flechsig. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

D'abord 0,05 centigr. d'extrait d'opium deux à trois fois par jour, à dose progressive jusqu'à 1 gramme (dose de 0,25 à 0,35). Au bout de six semaines on cesse l'opium, qu'on remplace par 7 gr. 50 de bromure pendant deux mois. On diminue alors graduellement en revenant à 2 grammes et l'on reste à ce taux. P. K.

XIX. De la duboisine; par E. Mendel. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Elle convient chez les malades agités dont l'agitation ne s'explique pas seulement par les conceptions délirantes et les hallucinations. C'est un calmant; l'effet narcotique n'est que secondaire. En injections sous-cutanées de 0,0005 à 0,0008 sans dépasser 1 milligramme. Elle est déjà toxique à 0,0002 de milligramme (dilatation pupillaire — sécheresse de la gorge — accélération du pouls). Action sédative dans la paralysie agitante grave à la dose de 0,0002 à 0,0003, deux à trois fois par jour. C'est un médicament qui agit rapidement et ne cause pas de dommages; il n'entraîne pas l'assuétude. P. K.

XX. Magnétothérapie et suggestion; par M. Benedikt. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

D'après Paterson et Kennelly (*New-York Medic. Journal*, 1892) les aimants d'une extrême puissance n'agissent ni sur la sensibilité, ni

sur la circulation, ni sur les fonctions organiques de l'homme normal. Mais, de même qu'il y a des variétés dans la sensibilité individuelle, de même les individus pathologiques ont une réceptivité et une excitabilité variables, spécifiques. Chez beaucoup d'entre eux l'aimant agit alors que les moyens pharmacodynamique ont échoué. Quant à l'action des pôles de l'aimant, c'est avec un aimant en fer à cheval que les expériences ont été faites en France et à Vienne, par suite il ne saurait être question de l'action distincte des pôles.

P. K.

XXI. De l'influence de la suspension sur les troubles de la vue dans les affections de la moelle; par de Bechterew. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

D'après les recherches de B. Worotynski, le suspension, en certains cas, agit favorablement sur les troubles de la vue, même quand ils sont produits par des lésions organiques de l'œil. Trois observations. P. K.

XXII. Des infusions de chlorure de sodium chez les aliénés sitiophobes; par Lehmann. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F. 1893).

Ces grandes injections sous-cutanées pratiquées d'abord par Ilberg et Krœpelin, relèvent toujours l'action du cœur et les forces (en modifiant la constitution du sang) — sollicitent presque toujours le besoin de boire et souvent le besoin de manger (action sur les glandes salivaires) — parfois modifient l'état mental, notamment la stupeur (en relevant la pression du sang, dont ils améliorent la composition, et, par suite, en modifiant l'irrigation et la nutrition du cerveau. P. Keraval.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XLV. De l'altération des nerfs et de la moelle consécutive aux amputations ; contribution a l'étude de la fonction trophique des nerfs ; par G. Marinesco. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

Trois observations caractérisées par l'atrophie des racines postérieures, des cornes postérieures et des cordons postérieurs. Atrophie modérée des colonnes de Clarke. Les deux premiers faits permettent aussi de constater une atrophie des cornes antérieures portant principalement sur le groupe de cellules postéro-latérales ; mais les deux autres groupes de cellules du côté amputé ne sont pas complètement intacts. Mentionnons aussi l'atrophie des racines antérieures dans leur trajet intra-médullaire. Dans la seconde observation où un bras avait été amputé, les racines antérieures étaient aussi atrophiées ; en dehors de la moelle, intégrité de la commissure antérieure ; légère atrophie de la commissure postérieure.

Conclusions. — 1° L'amputation ou la section d'un nerf est suivie d'altérations pathologiques qui atteignent aussi le bout central. Leur intensité dépend de l'espèce et surtout de l'âge de l'*animal* en expérience, ainsi que du temps pendant lequel l'animal a survécu à la lésion ; 2° le processus anatomique ressemble en soi à la dégénérescence Wallérienne ; ceci est très remarquable, car le bout nerveux tient encore à son centre trophique. Cependant les bouts périphériques des nerfs dégénèrent bien avant les bouts centraux ; 3° l'origine de cette dégénérescence tient manifestement à l'interruption entre la périphérie et le centre. Il y a lieu de croire que l'extrémité des nerfs sensitifs provoque dans les ganglions spinaux des modifications biologiques, probablement de nature clinique, qui exercent une influence trophique sur les fibres qui partent des cellules nerveuses ; 4° quand on coupe un membre ou un nerf, les excitations normales qui partent des extrémités nerveuses sont remplacées par des excitations différentes en quantité et en qualité qui ne sont plus capables de déterminer dans les cellules ganglionnaires l'activité trophique suffisante. Ainsi se produit la dégénérescence lente et continuellement progressive des fibres nerveuses qui en partent ; 5° les extrémités nerveuses sensibles, notamment les corpuscules du tact de Meissner, ne représentent pas des centres trophiques pour les nerfs en rapport avec eux. Ils dégénèrent après la section des nerfs, quoiqu'ils présentent une plus longue résistance que les plaques terminales motrices ; 6° il est impossible de décrire avec précision la succession des phénomènes qui traduisent la dégénérescence des diverses espèces de fibres sensitives et

motrices. Mais cette succession dépend de la force de résistance individuelle des fibres atteintes, force de résistance elle-même en rapport avec l'énergie de leur nutrition (échanges nutritifs); 7° les mêmes causes qui président à la dégénérescence des bouts nerveux centraux président aussi à l'altération des fibres que les cellules nerveuses des ganglions spinaux envoient à la moelle. Ainsi s'explique l'atrophie dans les régions qui président à la sensibilité. Elle diffère des altérations pathologiques du bout central du nerf périphérique, parce qu'il y a des différences dans le mode de nutrition des parties atteintes, peut-être aussi parce que le ganglion exerce sur elles une influence distincte; 8° les cellules des ganglions spinaux restent en apparence indemnes (Friedlender et Krause, Homén, Van Lair et moi-même). Ceci prouve que les centres trophiques (ganglions spinaux) peuvent conserver leur constitution anatomique, bien que les fibres qui en partent soient de part en part altérées; 9° les altérations pathologiques de la moelle atteignent également les régions motrices, car je crois avoir montré que les cellules du groupe postérolatéral des cornes antérieures sont de nature motrice. L'atrophie de ces cellules doit démontrer qu'elles possèdent une force de résistance spécifique moindre que les cellules des ganglions spinaux; 10° dans le cordon postérieur, il y a atrophie de groupes de fibres différents au point de vue anatomique et physiologique; on en peut conclure que dans le bout central des nerfs dégénèrent non les fibres qui sont en rapport avec les corpuscules de Meissner, mais d'autres fibres sensitives.

P. Keraval.

XLVI. Des modifications dans la rapidité des processus psychiques a divers moments de la journée; par W. de Bechterew (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Etude du temps de réaction simple; du temps de différenciation; du temps d'élection (son plus fort ou plus faible); du calcul avec des nombres simples (addition, soustraction, multiplication); du temps d'association, chez divers individus.

Conclusions. — 1° La rapidité dans l'exécution des opérations psychiques n'est pas une grandeur constante. Il y a à tenir compte des individus, de l'âge, d'autres conditions, et aussi du moment de la journée; 2° mais, en ce qui concerne les opérations les plus simples, il y a des différences constantes selon le moment de la journée, chez le même individu, c'est-à-dire que les valeurs moyennes d'une série d'examens sont plus ou moins constantes; 3° le matin, ces opérations sont plus lentes, le soir elles sont accélérées, c'est dans l'après-midi qu'elles sont le moins rapides; 4° plus l'opération psychique est complexe, plus il lui faut de temps pour s'effectuer, plus les différences suivant les moments de la journée sont accusées. Aussi est-ce le temps de réaction simple qui présente le moins d'oscillations et même, en quelques cas, peu d'oscillations; 5° l'opération psychique des associations n'est pas seulement accélérée, le soir, comme les autres; les associations d'idées elles-mêmes gagnent en qualité, par suite du travail intime de la pensée intérieure et de ses coordinations; 6° l'ingestion et l'absorption alimentaires ralentissent toujours les opérations de l'esprit; 7° quand on détourne l'attention du sujet, on ralentit le cours de toutes les opérations de

l'esprit proportionnellement à leur complexité, excepté lorsqu'il s'agit des associations d'idées qui sont alors accélérées. C'est pourquoi chez le paralytique général, de même que les gens en état de sommeil hypnotique, les opérations de l'esprit sont accélérées (de Tschisch, Walitzkaïa, Henika, Worotynsky); 8° mais la dérivation de l'attention ne change pas le rapport des chiffres exprimant la rapidité des opérations psychiques le matin à ceux qui expriment le cours du soir; elle semble en revanche augmenter l'accélération vespérale des opérations de l'entendement; 9° la vieillesse, de même que le défaut de culture intellectuelle, ralentit le temps des réactions psychiques (Wundt, Ignatow, Raimondo); 10° l'addition et la soustraction des nombres pairs demandent moins de temps que celles des nombres impairs. La multiplication des nombres simples est plus rapide que l'addition et la soustraction de ceux-ci.

P. Kéraval.

XLVII. — Contribution a la question des altérations anatomo-pathologiques dans la paralysie faciale périphérique non spécifique; par L. Darkschewitsch et S. Tichonow. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Etude microscopique dans un cas de paralysie faciale consécutive à une otite. Cette étude montre qu'une carie avec nécrose du temporal a provoqué une névrite infectieuse parenchymateuse de l'extrémité du facial qui occupe le canal de Fallope, sans qu'il y ait de compression mécanique dans le canal; puis, secondement, sous cette influence, s'est produite une atrophie simple, non inflammatoire du noyau qui a alors déterminé la dégénérescence descendante du bout central, entre le ganglion géniculé et le noyau du facial. P. K.

XLVIII. Remarque sur la localisation du centre du gout chez le lapin; par A.-T. Schtscherbak. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

En détruisant l'écorce grise de la région qui correspond au lobe temporal, on supprime le goût du côté opposé. En lésant les fibres les plus postérieures de la couronne rayonnante en ce point, on obtient le même résultat. P. K.

XLIX. Examens du sens olfactif au point de vue clinique; par N. Saveliew. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Critique des méthodes et des appareils olfactométriques d'Urbantschisch, Aronsohn, Frœhlich, Zwaardemaker. Avantages de l'appareil de Saveliew. Il se compose :

D'un récipient, qui est un flacon de Woolf; le liquide odorant envoie ses émanations dans un second flacon à deux tubulures. L'une de ces tubulures est munié d'un tuyau de verre qui porte à son extrémité supérieure deux olives que l'on introduit dans les

narines. Avant de se servir de l'appareil, on l'assèche en interposant entre les deux flacons un tube en U, contenant chlorure de calcium, glycérine, pierre ponce.

Pour doser la faculté olfactométrique du nez ou de chacune des deux narines, on affaiblit graduellement dans le flacon récepteur le liquide odorant, par l'addition d'une quantité d'eau déterminée, jusqu'à ce que le sujet à examiner ne sente plus rien. Voici les limites de perceptibilité chez des personnes saines dont l'auteur

On ne perçoit plus :	Quand on l'a affaibli à
L'éther sulfurique	1/800,000°.
La vanilline	1/10,000,000°.
L'essence de bergamotte	1/4,000,000°.
L'essence de cèdre	1/32,000,000°.
L'essence de citron	1/16,000,000°.
L'essence d'anis	1/16,000,000°.
L'essence de lavande	1/8,000,000°.
L'essence de térébenthine	1/16,000,000°.
L'essence de roses	1/8,000,000°.
L'essence de menthe poivrée	1/64,000,000°.
Le baume de copahu	1/32,000,000°.
Le camphre	1/400,000°.
Le musc	1/8,000,000°.
L'asa fœtida	1/200,000°.
L'iode	1/200,000°.

Il faut en outre savoir que l'intensité de certaines odeurs, de la valériane, par exemple, empêche la perception ultérieure d'autres odeurs. Il faut donc consacrer une séance à chaque odeur. P. K.

L. — Renflement de la voute palatine (torus palatinus) ; nouveau signe de dégénérescence ; par P. Nœcke (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Epaississement de la région qui correspond à la suture longitudinale de la voûte palatine ; qu'elle revête la forme de carène, celle de stalactite, ou qu'elle soit irrégulière, on peut la diviser en deux : une espèce étroite (10 millimètres), une espèce large (au-dessus de 10 millimètres) ; la muqueuse, qui peut ne présenter aucune altération, peut au contraire être blanchâtre, inégale, vergetée, congestionnée. Le renflement est asymétrique comme la voûte même. Il s'agit d'un trouble de nutrition, principalement rachitique, qui, réuni à d'autres signes de dégénérescence, témoigne en faveur de celle-ci. Il n'a rien de l'atavisme, rien de la syphilis. Sur l'hérédité on ne sait rien à son sujet. P. K.

LI. — Un appareil pour mesurer la force des jambes ; par W.-C. Krauss. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Une ceinture abdominale large et bien doublée, assujettie aux

épaules par un bandage de corps, soutient une bande de cuir qui va rejoindre le pied. Celui-ci entre dans un étrier. Entre cette bande et l'étrier, est intercalé un dynanomètre. Le pied, en tirant sur l'étrier, actionne le dynamomètre. P. K.

LII. COLORATION OSMIO-FERRO-HÉMATOXYLIQUE; par KAISER. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

On place les morceaux d'organes dans le liquide de Müller pendant deux à trois jours; on les coupe en segments de 1 à 2 millimètres et on les traite encore par le liquide de Müller durant cinq à six jours. Alors on les fait séjourner huit jours dans la liqueur de Marchi :

Liqueur de Müller.	2 parties.
Acide osmique à 1/100.	1 partie.

Laver, redurcir dans l'alcool, inclure dans la celloïdine. Les coupes au microtome sont colorées par un séjour de cinq minutes dans :

Solution de sesquichlorure de fer. . .	1 partie.
Eau distillée.	1 —
Alcool rectifié	3 —

On lave à la solution hématoxylique de Weigert et l'on chauffe dans une autre quantité de la même solution pendant quelques minutes en évitant l'ébullition. Lavage à l'eau, puis élection à la méthode de Pal. Neutralisation par lavage dans l'eau am moniacale qui renforce les couleurs.

Quand on a durci à l'aide de la liqueur de Müller, on peut faire en sus agir la fuchsine ou le brun de naphtaline, mais cette double coloration est contre-indiquée quand on a employé l'acide osmique. Les fibres nerveuses sont brunes ou noires; le pigment et le nucléole des cellules sont brun noir. P. K.

LIII. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DES ALTÉRATIONS DE LA MOELLE A LA SUITE D'AMPUTATIONS; par E. REDLICH. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, NFN, 1893.)

Revue critique. « Somme toute, termine M. Redlich, je crois, d'après mes recherches devoir prétendre que les amputations laissent après elles dans la moelle deux espèces d'altérations. D'abord une réelle dégénérescence, immédiatement après l'amputation. Puis, quelques années plus tard, une diminution de volume avec atrophie de la moitié correspondante de la moelle. » P. K.

LIV. DES CENTRES CORTICAUX DU SPHINCTER ANAL ET DU SPHINCTER VÉSICAL; par W. DE BECHTEREW. (*Neurol. Centralbl.*, 1893.)

Expériences de M. J. Meyer chez les chiens. D'après ces expé-

riences, le centre de la contraction du sphincter anal est situé un peu en arrière du sillon crucial, dans le segment postérieur de la circonvolution sigmoïde, plus près de son bord externe que de son bord interne. Celui du sphincter vésical occupe la partie externe du segment postérieur de la circonvolution sigmoïde, immédiatement en arrière de l'extrémité externe du sillon crucial. P. K.

LV. De l'abondance des fibres intra-corticales dans les couches II et III de Meynert; études de proportion de l'ensemble de l'écorce et de chacune de ses couches; par Th. Kaes. (*Neurolog. Céntralbl.*, 1893.)

Ce sont les deuxième et troisième couches de Meynert qui sont le plus faciles à analyser à cause de la disposition claire et méthodique de leurs éléments et de leur faible teneur en fibres. C'est là qu'à l'avenir on devra étudier l'atrophie des fibres intra-corticales. La largeur de l'écorce à la convexité, sur le sommet de la circonvolution, est de 4 millimètres 2; sur le flanc de ce monticule elle est de 3 millimètres 01, à la base du cône de cet organe (Vallée) elle est de 3 millimètres 14. L'analyse du mamelon de la circonvolution montre que les deuxième et troisième couches de Meynert mesurent ensemble 1 millimètre 58; les fibres d'association et la lisière de Baillarger sous-jacentes représentent 2 millimètres 25; la substance blanche marginale sous-jacente est de 3 millimètres 3. P. K.

LVI. Un cas de lésion-hémilatérale de la moelle avec atteinte du trijumeau du côté de la lésion; par L. Stieglitz. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Hémiplégie droite consécutive à un ictus; anesthésie de la moitié gauche du corps et de la moitié droite de la face; hypéresthésie du côté paralysé.

Quatorze jours après l'ictus, réflexes tendineux égaux des deux côtés et un peu diminués; puis, la motilité tend à revenir, et alors les réflexes tendineux s'exagèrent considérablement du côté paralysé. mais alors, ataxie progressive des membres supérieurs et inférieurs.

Evidemment il y a une lésion au-dessous de l'entrecroisement des pyramides à droite, au niveau de la partie supérieure de la moelle cervicale entre les première et deuxième racines spinales (observations de Ludwig Mann *in Berlin Klin. Wochenschrift*, 1892). Thrombose du rameau descendant de la spinale postérieure, celui qui anime la partie supérieure de la moelle; syphilis probable.

P. K.

LVII. Contribution au développement pathologique du système nerveux central. Observation d'anencéphalie, avec amyélie totale; par O. de Leonowa. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Etude complète avec planches. On sait que l'encéphale et la

moelle sont un produit de l'ictoderme et que la lame médullaire primitive se ferme en formant un tuyau médullaire. Or, ici, ou bien la fermeture du tuyau médullaire a été arrêtée par des accidents pathologiques dont la discussion n'appartient pas à ce mémoire, ou, ce qui est plus probable, le tuyau médullaire était déjà fermé avec la vésicule encéphalique à laquelle il avait donné naissance quand le développement ultérieur en a été troublé, de sorte qu'il y a eu régression des parties déjà développés, d'où l'anencéphalie et l'amyélie. Aussi le système nerveux est-il réduit aux organes indépendants des éléments en question.

Il se compose des ganglions sympathiques, des ganglions spinaux et des racines postérieures, normaux, ce qui prouve leur indépendance embryogénique du système nerveux central, du tuyau médullaire.

Quant au nerf optique, il est réduit à une gaine dans laquelle on trouve un lacis vasculaire des éléments de soutènement. Ni fibres myéliniques, ni fibres amyéliniques. Cela prouve une fois de plus que le nerf optique et la rétine émanent du système nerveux central. L'on sait en effet que la vésicule oculaire résulte de l'invagination du cerveau antérieur primaire, elle suppose donc la fermeture du tuyau médullaire. D'autre part l'existence des rudiments du nerf optique prouve que le tuyau médullaire s'était formé et qu'il y a eu déchéance régressive de ses éléments à la suite de la formation de la vésicule oculaire, exactement comme lorsqu'on détruit chez l'animal nouveau-né la bandelette et le nerf optique, l'appareil oculaire s'atrophie.

Enfin, malgré l'absence totale des cellules des cornes antérieures et des racines antérieures de la moelle, on trouvait dans les extrémités des muscles striés intacts. Ce qui prouve que l'influence des nerfs moteurs sur la nutrition des muscles qu'ils innervent ne débute qu'après la vie embryonnaire. P. KERAVAL.

LVIII. LE PÉDONCULE DU LOBULE DU PNEUMOGASTRIQUE ET LE SEGMENT INTERNE DU CORPS RESTIFORME; par SCHTSCHERBAK. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Coupe oblique transverse et perpendiculaire passant à travers la base du cerveau et du cervelet suivant une ligne dirigée de haut en bas et d'avant en arrière chez le nouveau-né. Le pédoncule du lobule du pneumogastrique est la condensation de la masse entière des fibres des circonvolutions de ce lobule et forme un fort trousseau qui se dirige en haut et en avant vers le vermis cérébelleux. Dans ce trajet, il est d'abord en dehors de la partie externe du corps restiforme, puis il passe en arrière de celle-ci entre le segment interne du corps restiforme et l'olive cérébelleuse; plus haut, il est en dedans de cette olive, finalement, il se perd entre les fibres du pédoncule cérébelleux supérieur au milieu de leur segment antéro-

inférieur. Ce pédoncule émet aussi un pédicelle qui se dirige en arrière de la partie externe du corps restiforme pour gagner la profondeur interne des centres où on le perd de vue.

Les fibres du lobule du pneumogastrique qui se dirigent en dedans, que deviennent-elles? Une coupe perpendiculaire au niveau du pédoncule cérébelleux supéro-antérieur montre qu'en ce point le pédoncule en question se compose de fibres obliques qui, d'abord en dehors du corps restiforme, se placent en arrière de lui pour gagner la partie externe de l'olive cérébelleuse. Plus haut, entre ces fibres se placent les premières fibres inféro-antérieures du pédoncule cérébelleux supérieur. Plus haut encore, ces fibres massées en trousseaux épais, croisent sous un angle aigu le pédoncule cérébelleux supérieur, pour se diriger en haut et en dedans au noyau sphérique, au bouchon, à l'écorce du vermis; autrement dit, le pédoncule du lobule du pneumogastrique, participe à la formation de la commissure au-dessus du noyau du toit et passe ainsi du côté opposé où ses fibres gagnent le lobule du pneumogastrique. Il existe aussi des fibres obliques qui vont en dedans dans les noyaux du nerf vestibulaire, c'est-à-dire que les fibres du nerf vestibulaire vont non pas aux noyaux centraux du cervelet, mais *infra* au lobule du pneumogastrique.

L'étude du développement des fibres du pédoncule du lobule du pneumogastrique permet de distinguer les fibres de ce pédoncule de celles du pédoncule cérébelleux supérieur et du segment interne du corps restiforme. Or, les fibres internes du corps restiforme sont celles de la racine ascendante du nerf vestibulaire, qui s'accolent, au niveau de l'olive cérébelleuse, à celles du pédoncule du lobule du pneumogastrique.

Il existe une autre partie du segment interne du corps restiforme, située plus en dehors, accolée à la masse principale du corps restiforme, qui contient surtout des fibres issues du noyau de Deiters du côté homonyme et du côté opposé. Elles s'en vont, comme le pédoncule du lobule du pneumogastrique, à des trousseaux qui croisent le pédoncule cérébelleux supérieur. Ces fibres sont plus antéro-inférieures que celles du pédoncule en question; elles croisent presque transversalement le pédoncule cérébelleux supérieur, tandis que celles du pédoncule prennent une direction oblique supéro-interne.

La partie externe du segment interne du corps restiforme réunie, pour une part, au pédoncule du lobule du pneumogastrique, va avec lui aux noyaux accessoires de l'olive cérébelleuse, mais sa masse principale passe dans le noyau du toit et participe à la formation de la commissure postérieure.

Mais le pédoncule cérébelleux supérieur n'a qu'un rapport topographique avec le pédoncule du lobule du pneumogastrique, car, à une époque embryonnaire (embryon de 37 cent.) où ce pédoncule du lobble n'existe pas, la partie antéro-inférieure du pédoncule

cérébelleux supérieur est déjà développée, et a exactement la forme qu'elle aura plus tard, après l'apparition du pédoncule du lobe du pneumogastrique. P. K.

LIX. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES DE LA PONDÉRATION DE L'ACTIVITÉ MUSCULAIRE CHEZ LES SOURDS-MUETS; par O. ROSENBACH. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F., IV, 1893.)

Une partie des fibres de l'acoustique servent à régler la tension des muscles du corps, et leur terminaison dans le labyrinthe exerce une influence sur la tonicité des muscles (Ewald); la section de l'acoustique chez le chien modifie le genre et la forme de l'activité musculaire chez le chien (Schiff); la surdi-mutité dont la cause tient à des altérations des fibres tonorégulatrices de l'appareil acoustique s'accompagne d'une espèce d'ataxie des actions musculaires complexes (Jarnes et Kreidl). Or, M. Rosenbach a constaté que les sourds-muets exagèrent l'intensité de la force musculaire des muscles employés à la marche; l'impulsion est trop forte. L'oreille ne fonctionnant plus, ils ne peuvent régler cette intensité d'après le bruit; c'est par un mécanisme analogue que les dysacousiques parlent trop haut ou trop bas. P. K.

LX. LE NOYAU DORSAL ET LE NOYAU SENSORIEL DU NERF GLOSSO-PHARYNGIFN; par N. MUCHIN. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F. IV, 1893.)

Sur une coupe transverse du bulbe, à peu près au niveau de l'extrémité inférieure du tiers supérieur du noyau de l'hypoglosse, existe un groupe de cellules nerveuses situé en dehors et un peu au-dessus du noyau de l'hypoglosse. Il est dirigé obliquement de dedans en dehors, d'arrière en avant. Il est limité en arrière par la partie externe du faisceau longitudino-dorsal de Schutz, — en dehors, par le noyau du nerf vague, — en avant, par les fibres arciformes les plus postérieures de la formation réticulaire, — en dedans, par le noyau de l'hypoglosse, dont il est séparé par deux trousseaux de fibres. Un de ces trousseaux vient du faisceau longitudino-dorsal (fibres radiaires de Schutz); l'autre vient du même groupe, s'infléchit autour du noyau de l'hypoglosse, de dehors en dedans, et d'avant en arrière, pour aller au raphé. A ce niveau le groupe en question donne :

1° Des fibres au raphé (trousseau arciforme de Gerlach); — 2° des fibres qui, traversant le noyau du nerf vague, vont au noyau interne de l'acoustique; — 3° des fibres radiaires qui vont à la formation réticulaire et qu'on peut suivre presque jusqu'au niveau de l'olive accessoire externe.

Tel est le noyau dorsal qui, en réalité forme une petite colonne de cellules situées principalement au-dessous des fibres du faisceau longitudino-dorsal.

Au niveau du tiers inférieur du noyau de l'hypoglosse, le noyau dorsal est situé en arrière de celui-ci. Au niveau de la partie moyenne du noyau de l'hypoglosse, le noyau dorsal est situé entre le noyau de l'hypoglosse et le faisceau longitudino-dorsal. Son volume augmente en montant et il occupe alors le côté externe du noyau de l'hypoglosse, par exemple à la base du tiers supérieur de ce noyau. Au-dessus, le noyau de l'hypoglosse diminue et le noyau dorsal s'accroît, prenant la place du premier au niveau de la partie médiane de la substance grise centrale. Au niveau de l'extrémité supérieure du noyau de l'hypoglosse, le noyau dorsal touche au noyau interne de l'acoustique; alors, il diminue à son tour et prend la forme d'un ovale dont le grand axe est médio-latéral; c'est ce qui se voit dans les plans inférieurs de la protubérance jusqu'au noyau de l'oculo-moteur externe. A cet endroit il est situé entre ce noyau et l'épendyme du quatrième ventricule; mais il ne se confond pas avec ce noyau. Dans la protubérance et au-dessus nous savons rien de lui.

En réalité, ce n'est pas un noyau d'origine des nerfs craniens. Il se rattache au noyau interne de l'acoustique dont on ignore la physiologie. Forel, Onufrowicz, Baginsky et Bechterew en rejettent le rôle auditif. Noyau sensoriel du glosso-pharyngien. Idées à peu de chose près celles de Roller. P. K.

LXI. La circulation du sang et de la lymphe dans le crane pendant le sommeil et l'insomnie, avec quelques observations sur les médicaments hypnotiques; par John Cumming Mackenzie. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1891.)

Il serait difficile de rendre compte utilement d'un travail détaillé qui ne comporte pas moins de quarante-trois pages, et qui est très rempli de faits et d'observations : disons qu'après avoir recherché quelles sont les conditions physiologiques qui président au sommeil, à la veille et à l'insomnie, l'auteur publie le compte rendu des résultats que lui ont donné un certain nombre d'agents hypnotiques : les médicaments sur lesquels porte cette étude sont l'hyoscine, l'uréthane, l'opium et le sulfonal. R. de Musgrave Clay.

LXII. Sur les granulations de l'épendyme ventriculaire; par le Dr Pellizzi. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. I, 1893.)

Les granulations de l'épendyme qui se rencontrent souvent dans les formes chroniques de démence primitive et secondaire sont constituées exclusivement par des cellules de la névroglie. Elles ont leur origine dans les cellules de la névroglie placées entre les couches les plus profondes du tissu conjonctif de l'épendyme et la paroi des vaisseaux sous-épendymaires; probablement dans celles éparses ou réunies en plus ou moins grand nombre,

qui se trouvent en contact avec la paroi de ces vaisseaux. Les accumulations des cellules de la névroglie qui se rencontrent dans cet endroit et dans lesquelles on trouve des figures karyokinésiques, doivent être considérées comme le stade initial des granulations. Celles-ci, dans leur développement, prennent en général une forme plus ou moins ovoïde, les cellules de névroglie qui les constituent s'éloignent plus ou moins l'une de l'autre et envoient leurs nombreux prolongements surtout suivant le plan horizantal. Quand il existe de l'épendymite granuleuse il y a aussi des altérations plus ou moins graves des parois des vaisseaux. J. Séglas

LXIII. Influence de la paralysie vaso-motrice et de la section des nerfs sensitifs sur le développement de l'infammation et de l'abcès produits par le streptocoque de l'othméatome des aliénés; par le Dr Pellizi. (*Riv. sp. di fren*, fasc. I, 1893.)

La section du sympathique au cou rend moins graves et pour ainsi dire nuls les effets de l'inoculation dans l'oreille du lapin, du streptocoque que l'auteur a réussi à isoler dans plusieurs cas d'othématome des aliénés. Au contraire par la section des nerfs sensitifs les mêmes effets se trouvent aggravés, cependant les résultats de ces dernières expériences ne sont pas aussi évidents et démonstratifs que ceux consécutifs à la section du sympathique. Ces résultats sont semblables à ceux obtenus par d'autres auteurs (Roger), en opérant dans les mêmes conditions sur le streptocoque de l'érysipèle. J. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 30 *octobre* 1893. — Présidence de M. Christian.

Le Président annonce, à la Société, la perte qu'elle vient d'éprouver en la personne de M. Blanche, décédé pendant les vacances et donne ensuite lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe. M. Blanche ayant été président de la Société, la séance est levée en signe de deuil. M. B.

Séance du 13 novembre 1893. — PRÉSIDENCE DE M. CHRISTIAN.

Le PRÉSIDENT expose à la Société qu'un vote du dernier Congrès de Médecine mentale semble vouloir dépouiller la Société du droit de présider à la direction du prochain Congrès. Une discussion générale s'engage sur la question de savoir si oui ou non la Société a un droit d'organisation du Congrès dont elle est l'âme.

M. FALRET insiste pour que la Société maintienne son droit d'organisation et de direction.

M. JOFFROY est d'avis que le meilleur moyen de conserver une chose est de ne n'en pas discuter la possession et l'on tombe d'accord sur la résolution suivante qui est adoptée : La Société donne le soin d'organiser le prochain Congrès de médecine mentale et de neurologie à une commission composée des membres du Bureau auxquels s'adjoindront MM. Falret, Joffroy et Pierret, président du prochain Congrès.

Commission de classement des candidats aux places de membres titulaires. Elle est composée de MM. BRIAND, CHARPENTIER, FALRET, MARANDON DE MONTYEL et VALLON.

MARCEL BRIAND.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE et MALADIES NERVEUSES DE BERLIN

Séance du 14 novembre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. JOLLY.

M. HITZIG. *De la situation de la langue dans la paralysie périphérique du facial.* — On observe dans les paralysies faciales périphériques graves une déviation considérable de la langue du côté sain. Simultanément, la bouche est déviée de ce côté. Si l'on assure avec le doigt la rectitude de la position de la bouche et que l'on fasse tirer la langue au malade, celle-ci sort toute droite de la cavité buccale. Par conséquent, la déviation de la langue précédemment constatée, ne provient pas de la paralysie de quelque muscle lingual que ce soit, elle est due à un état d'innervation spontané inconscient qui a pour but de maintenir le rapport habituel de la langue avec les commissures buccales.

M. HITZIG. *Des accidents consécutifs au sevrage de la morphine et de l'estomac.* — Certains des accidents qui, pendant l'entraînement propre au sevrage de la morphine, suivent la privation de cet excitant ressemblent aux accidents nerveux qui accompagnent la gas-

trite catarrhale chronique. C'est ce qui a conduit M. Hitzig à supposer que l'excrétion constatée par l'estomac de la morphine introduite dans l'économie par la voie sous-cutanée entraîne une acidité ou une sub-acidité artificielle et que, d'autre part, la teneur en acide chlorhydrique du suc gastrique croît dans des proportions anormales pendant le sevrage des morphinomanes, au point de permettre de comparer les accidents en question à ceux que l'on observe dans la gastrite catarrhale par excès d'acidité. On a en effet constaté chez un morphinomane en traitement que l'ingestion de hautes doses de morphine va de pair avec la disparition de l'acide chlorhydrique stomacal et que celui-ci reparaît et atteint bientôt des proportions élevées (0,205 p. 100) à mesure que l'on diminue la dose du poison, mais il ne survient pas réellement d'hyperacidité absolue. Toutefois, ce malade qui, pendant les précédents sevrages qu'il avait subis, avait extrêmement souffert, subit cette fois sans malaise la désaccoutumance parce qu'on lui prescrivit le traitement approprié à la gastrite catarrhale par excès d'acidité. Il est aisé de comprendre la susceptibilité des nerfs de l'estomac privés de leur narcotique ordinaire, et l'action irritante que peut alors produire sur eux le contenu de l'estomac acidifié. Aussi les lavages avec les alcalins sont-ils indiqués; il est prudent également de recommander aux morphinomanes l'usage de l'acide chlorhydrique, de même qu'aux malheureux atteints d'ulcère rond, on conseillera la morphine comme propre à entretenir l'état neutre des liquides de l'estomac.

Discussion. — M. Senator. Depuis longtemps on donne, aux malades atteints d'ulcère rond, du nitrate d'argent qui forme une combinaison avec l'acide chlorhydrique. La belladone est également précieuse dans l'espèce.

M. Oppenheim. *Des formes atypiques de la gliose spinale.* — Il importe d'apprendre à connaître les variétés frustes de la syringomyélie. L'orateur en décrit quelques cas auxquels il manque encore la sanction anatomique. Puis, il en rapporte une forme associée au tabes; étude clinique et anatomo-pathologique; préparations et dessins. Mémoire publié *in extenso.*

Discussion. — M. Remak. La sensibilité à l'égard de la chaleur n'est altérée, dans le tabes, que tout à fait à la fin; par conséquent un trouble accentué de cette nature sur les téguments du tronc indique la syringomyélie; en revanche, l'atrophie précoce du nerf optique et l'immobilité réflexe des pupilles relèvent du tabes. Hoffmann a séparé de la gliose (syringomyélie) la gliomatose caractérisée par la formation d'un néoplasme comprimant les tractus voisins. Quant à lui, Remak, il est arrivé à diagnostiquer la syringomyélie en sept cas, à l'aide de cet œdème spécial des extrémités supérieures qu'il a dépisté (*Berlin. Klin. Wochenchrift*, 1889).

œdème qui dépend d'une lésion de la corne postérieure du même côté (voir Rossolimo, *Contribution à la physiologie du ruban de Reil*); mais la constatation d'une paralysie partielle de la sensibilité à l'égard de la chaleur, du froid et de la douleur entra en ligne de compte. La chéiromégalie fut notée une fois. Dans les observations typiques il y avait, avec de l'atrophie musculaire, un trouble très étendu de la sensibilité. Dans trois observations frustes, il fallut chercher ce dernier symptôme; c'est l'atrophie musculaire spinale qui prédominait. L'une d'elles offre cette particularité qu'elle présentait plutôt le masque d'une dystrophie musculaire; l'existence de convulsions fibrillaires et de la réaction dégénérative en imposait pour une atrophie musculaire spinale progressive; enfin on s'explique, dans l'espèce, les rémissions constatées, par ce fait que le néoplasme générateur de la syringomyélie et du symptôme spécial en jeu avait lui-même rétrocédé.

M. Bernhardt rapporte trois observations de syringomyélie. La première a pour caractères l'atteinte des nerfs bulbaires et la survenance d'hémoglobinurie périodique; la seconde est remarquable par des accidents rappelant le complexus symptomatique de Brown-Séquard. Elles ont été publiées dans les *Archiv f. Psychiat.*, XXIV [1].

M. Hitzig communique une observation du même ordre. Avec l'œdème, il y avait une infiltration dure, ligneuse, des muscles du bras gauche et de l'épaule de ce côté. Le même symptôme se représenta chez une femme du type de Morvan et chez un homme indemne de tout trouble de la sensibilité qui avait le masque d'un tétanique.

M. Mendel. — J'ai constaté cette dureté ligneuse des muscles avec M. Pollnow, chez un syringomyélique.

M. Bernhardt. — Ces infiltrations inflammatoires des parties molles commencent, dans la syringomyélie, par des crevasses et des fissures indolentes de la peau œdématiée. De même que chez les tabétiques il peut, chez les syringomyéliques, se produire des affections osseuses et articulaires, et, de même que dans une observation d'Hitzig, elles peuvent donner naissance à ces perturbations également indolentes à raison de l'analgésie.

M. Remak se demande si l'infiltration ligneuse des muscles peut être considérée comme issue de proliférations interstitielles et si elle n'est pas semblable aux trophonévroses ou aux troubles angioparalytiques d'origine spinale.

M. Oppenheim. — Le mode de répartition et le caractère de l'anesthésie permettent de supposer l'existence de la syringomyélie. Puis, la paralysie partielle de la sensibilité et, en particulier la

[1] Voyez *Archives de Neurologie*. Revues analytiques.

thermo-anesthésie, est rare dans le tabes. Toutefois, les anomalies de la sensibilité dans le tabes (Bolko, Stern) prouvent qu'il peut y avoir confusion entre les deux maladies. M. Hoffmann, dans son travail, repousse les formes frustes dont il importe cependant de s'inquiéter pour arriver au diagnostic; à plus forte raison n'éclaircit-il pas les procédés de différenciation de la gliose (syringomyélie) et de la gliomatose (néoplasie de la moelle). J'ai souvent constaté l'existence d'une atrophie du nerf optique et d'une paralysie des pupilles dans la syringomyélie, mais il convient de faire à ce sujet de nouvelles recherches. Enfin Wichmann a montré qu'il y a des rémissions dans la syringomyélie.

Séance du 12 décembre 1892. — PRÉSIDENCE DE M. JOLLY

M. BRUNS. *Présentation d'un cas d'écrasement total de la moelle cervicale inférieure.* — Etude du réflexe tendineux patellaire en pareil cas. Publié *in extenso* dans les *Archiv f. Psychiat.*[1].

M. BRUNS. *Contribution à la symptomatologie de la paralysie isolée du grand dentelé.* — Publié *in extenso* dans le *Neurolog. Centralbl.* de 1893[2].

DISCUSSION. — A ce propos, M. JOLLY fait circuler dans l'assemblée des photographies du malade présenté l'an dernier par M. SPERLING et examiné par lui. M. REMAK n'a rencontré que trois cas de paralysie isolée du grand dentelé sur douze mille cinq cents admissions parmi lesquelles vingt-trois cas de paralysies périphériques avec contracture des muscles de la ceinture de l'épaule. M. HITZIG croit que dans le cas de M. BRUNS le malade pouvait élever le bras verticalement par la conservation d'un reste du grand dentelé. (*Archiv f. Psychiat.*, XXV[2].) P. KERAVAL.

XVIII[e] CONGRÈS DES NEUROLOGISTES ET ALIÉNISTES DU SUD-OUEST DE L'ALLEMAGNE[3]

SESSION DE BADE-LES-BAINS

Séance du 3 juin 1893. PRÉSIDENCE DE M. FUERSTNER

M. HOCHE. *De l'ophthalmoplégie progressive.* — Fille vierge de quarante-neuf ans, indemne de syphilis et d'hystérie; sans cause

[1] Voyez *Archives de Neurologie.* Revues analytiques.
[2] *Ibid.* Ibid.
[3] Voir le XVII[e] Congrès 1892, *In Archives de Neurologie retrorsum.*

connue, elle est, dans le cours de plusieurs mois, atteinte de *paralysie totale* de tous les muscles extrinsèques de l'œil; seul l'élévateur de la paupière n'est pas tout à fait paralysé, les pupilles réagissent encore à la lumière et à l'accommodation; pas de diplopie; de temps à autre céphalée et vertiges sans vomissements. Cette ophthalmoplégie externe, bilatérale, chronique, progressive (nucléaire) *guérit complètement* en six mois sous l'influence de l'iodure de potassium et du courant galvanique, alors qu'elle existait depuis six mois (voir la *Berlin Klin. Wochenschift*).

M. FUERSTNER. *Lésion spéciale à diverses formes de dégénérescence musculaire.* — On rencontre la lésion que Langhans et Kopp rattachent à la cachexie thyroïdienne et qu'ils nomment lésion des bourgeons musculaires, en d'autres affections. On sait que Langhans et Kopp décrivent sous le nom de bourgeon musculaire un ensemble anatomique constitué par une gaîne de périmysium englobant un certain nombre de fibrilles intimement unies, un vaisseau et souvent un nerf. C'est un système histologique. Eh bien! ce système présente les altérations décrites par Langhans et Kopp toutes les fois qu'il y a dégénérescence du muscle. Ainsi, dans un cas de paralysie saturnine des péroniers, il y avait atrophie musculaire excessive et l'on constatait une énorme multiplication des noyaux; le bourgeon musculaire n'avait plus sa gaîne normale, celle-ci était remplacée par quatre à cinq groupes de noyaux fusiformes entourant le faisceau tout entier; entre eux erraient quelques fibres; le paquet de fibrilles du bourgeon était devenu très petit, souvent aussi petit que le diamètre du noyau et, par places, on voyait entre elles quelques noyaux un peu plus volumineux. Les mêmes altérations se retrouvent, à peu de chose près, chez un malade atteint de névrite alcoolique; l'intégrité de la moelle et des nerfs contraste ici avec l'atrophie considérable des muscles, atrophie avec multiplication des noyaux; abondance de noyaux fusiformes et quelques cellules vésiculeuses, ayant la forme de bagues à cachets (Langhans). Chez un troisième malade présentant de la dystrophie musculaire associée à la pseudo-hypertrophie, le bourgeon musculaire paraît normal, mais la gaine d'enveloppe est bien plus large; entre les groupes de fibrilles il y a des espaces libres, dessinant des formes irrégulières, qui ne se colorent point par les réactifs; çà et là quelques cellules vésiculeuses. Evidemment il y a là stase lymphatique. De plus, dans le tissu graisseux qui tient la place de la substance musculeuse, on voit un corpuscule dont la structure correspond à celle du corpuscule de Pacini et de Stadelmann. Une quatrième et dernière observation est empruntée à une sclérose latérale amyotrophique; atrophie des bourgeons musculaires, intégrité de la gaine. Mémoire publié *in extenso* dans les *Archiv f. Psychiat.*

M. MANZ. *Du scotome scintillant.* — L'action objective de la

lumière peut provoquer la migraine oculaire dans certaines conditions temporaires mal définies, mais qui certainement résident dans l'encéphale. Il est à penser que dans ces conditions la lumière, en excitant la rétine, transmet aux centres optiques une irritation spéciale qui se propage d'une certaine manière. Le symptôme migraine, si fréquent en pareil cas, vient à l'appui de l'irradiation centrale. Toutefois, la localisation du scotome à l'œil à la périphérie a pour elle l'observation de M. Manz sur lui-même; que de fois n'est-il pas arrivé à faire disparaître promptement des phosphènes qui semblaient indiquer l'imminence d'un accès, en fermant les yeux et en appuyant fortement sur les paupières. La céphalalgie était supprimée également avec les scotomes qu'elle devait sans cela suivre fatalement. Mémoire publié *in extenso*.

M. Klemperer. *Contribution à la séméiologie de l'herpès labial dans la méningite cérébro-spinale.* — Trois observations dont une, avec autopsie, témoignent en faveur d'une méningite épidémique, alors que certains symptômes, non sans importance, permettaient de croire à une méningite tuberculeuse. Or, l'herpès labial qui se montra dans ces trois cas, eût-il pu suffire à établir ce diagnostic?

La cause de l'herpès labial réside dans les cocci inflammatoires ordinaires non spécifiques. Cet herpès indique donc que dans la maladie pendant laquelle il apparaît entre en jeu, soit comme générateurs, soit comme éléments de complication, des germes inflammatoires communs non spécifiques. Par conséquent, quand l'herpès labial apparaît dans la méningite, il est le signe certain d'un processus inflammatoire aigu. Mais l'apparition de l'herpès labial en pareil cas, ne permet pas d'affirmer qu'on ait affaire à une méningite épidémique pure, ou à une méningite suppurée aiguë survenue chez un tuberculeux qui, d'ailleurs, peut receler en même temps un tubercule méningé. Quoi qu'il en soit, il est certain que l'herpès labial ne se montre jamais dans la méningite tuberculeuse pure.

M. Dinkler. *Contribution à l'étude des affections postsyphilitiques du système nerveux central et périphérique.* — Le malade en question présente successivement les accidents suivants : en 1870, chancre douteux; — en janvier 1879, traumatisme crânien avec perte de connaissance; — neuf mois après deux ictus apoplectiformes avec aphasie à trois jours d'intervalle; — le 13 septembre, hémiparésie faciale à gauche; le 16 décembre, paralysie du pathétique droit, parésie des branches palatines du facial droit; — amélioration graduelle; — le 2 mars 1880, troisième ictus apoplectique avec aphasie; — le 29 juillet, paralysie complète de l'oculomoteur commun gauche, avec paralysie de la pupille absolument immobile et mydriase; — amélioration spontanée; — le 15 mars 1881, intégrité cérébrale, mais parésie du bras droit, hypoesthésie du cubital droit, faiblesse du bras gauche; — le 14 janvier 1890, mort de pleuropneumonie. On a donc pu observer le malade neuf années

consécutives. *Autopsie :* Tissu cicatriciel dans la voûte palatine et le voile du palais et dans la paroi du pharynx; — endartérite de l'aorte et des vaisseaux de l'encéphale; nodosité de la tunique albuginée du testicule; — méninges opalescentes et épaissies; — kystes hémorrhagiques anciens dans les deux noyaux lenticulaires; — sclérose des cordons postérieurs dans la moelle cervicale; — dégénérescence radiculaire disséminée de la moelle dorsale, cervicale et lombaire; — dégénérescence des cornes antérieures dans la moelle cervicale; atrophie dégénérative de la plupart des fibres du cubital, d'un certain nombre de fibres du médian, du radial, du musculo-cutané; atrophie dégénérative des muscles de l'éminence hypothénar; — endartérite syphilitique diffuse de la cérébrale moyenne, de la cérébrale antérieure, de la basilaire et de leurs branches (voyez la *Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde*).

M. Edinger. *De l'origine phylogénétique des centres corticaux et de l'appareil olfactif.* — L'écorce cérébrale la plus ancienne, celle des reptiles, se confond avec l'appareil olfactif (encéphale du chelone midas). C'est chez cet animal la première manifestation de l'écorce dans le règne animal; or l'écorce est tout entière consacrée à la fonction olfactive. Chez les mammifères osmatiques, le lobe olfactif et l'espace quadrilatère de Broca, se rattachent au cerveau antérieur au cerveau intermédiaire et au cerveau moyen. Le renflement olfactif est relié à l'écorce du lobe olfactif et de la corne d'Ammon par les bandelettes olfactives latérales (trousseaux tangentiels) et par un tractus blanc spécial qui, s'enfonçant dans la substance blanche du lobe olfactif et de la région olfactive, gagne l'écorce de la corne en question. Les deux lobes olfactifs sont reliés entre eux par les fibres de la commissure antérieure; d'autres tractus de la même commissure réunissent entre eux les territoires latéraux du lobe temporal; les lobes limbiques sont également unis par des trousseaux spéciaux de ladite commissure. Chaque partie des centres olfactifs possède ainsi des fibres commissurales. La lyre n'est qu'une commissure de l'écorce de la corne d'Ammon.

La substance blanche de la région olfactive, celle notamment du champ latéral de cette région, est rattachée au cerveau intermédiaire par le pédoncule antérieur de la glande pinéale. Le ganglion de l'habénule et les faisceaux de Meynert qui se confondent avec lui, sont, de même que le ganglion interpédonculaire où se terminent ces derniers, partie constituante de l'appareil olfactif. C'est ce que montre la vivisection, c'est ce que montre le développement très vigoureux de tous ces organes chez les animaux dont l'olfaction est puissante (chiens par exemple), c'est ce que montre l'atrophie des mêmes organes chez l'homme. Une portion de la substance blanche olfactive se poursuit en arrière et peut être suivie jusque dans la région des tubercules mamillaires. C'est là que se terminent les trousseaux de fibres du trigone qui viennent de la

corne d'Ammon. Or, celle-ci appartient à coup sûr à l'appareil olfactif (Broca, Zuckerkandl).

Séance du 4 juin 1893. — PRÉSIDENCE DE M. BŒUMLER.

M. FRIEDMANN. *Contribution à l'akroparesthésie.* — Le bout des doigts et des orteils est le siège de sensations insupportables, de fourmillements, et cependant il n'existe aucun signe de névrite, névralgie, ni aucune altération matérielle. C'est donc un complexus autonome indépendant de toute autre maladie nerveuse organique ou fonctionnelle qui appartient réellement à MM. Schultze et Laquer. M. Friedmann en a vu plusieurs douzaines de faits; les uns ayant une évolution chronique, les autres, en plus grand nombre, ne durant que quelques jours ou quelques semaines. Souvent ces paresthésies se limitent à une partie du doigt ou de l'orteil, le plus volontiers aux quatrième et cinquième doigts; elles résident donc volontiers dans le cubital. Il en existe une forme bénigne très supportable. La maladie a pour facteurs : l'anémie, surtout quand il existe des arrêts de la circulation; une prédisposition aux rhumatismes; les sévices du froid. Elle occupe les dernières ramifications des nerfs sensitifs, mais porte sur tout le tractus sensitif depuis les filets du nerf jusqu'au cerveau. C'est l'électricité qui réussit le mieux.

M. STRŒBE. *De la dégénérescence et de la régénération des nerfs périphériques à la suite de blessures.* — L'auteur a d'abord cherché une méthode fidèle de coloration des cylindres-axes; il l'a trouvée au moyen du bleu d'aniline : l'élection se fait au moyen de l'alcool alcalin ; la double élection suit par la safranine. Il a alors sectionné chez le lapin le grand nerf auriculaire, ou le sciatique (cinquante-deux expériences) et les a observés de un à cent dix-sept jours à la suite de la lésion. Au nombre des processus observés dans le bout périphérique qui dégénère toujours en présentant les phénomènes de la destruction de la myéline et du cylindre-axe, il faut noter la prolifération, par karyokinèse, des cellules de la gaine de Schwann. On les constate dès le second jour, sur le tronçon périphérique du nerf séparé. Ces cellules pénètrent dans la lumière du tube nerveux ; leur protoplasma boit les gouttes de myéline du manchon qui se décompose, s'effrite, et elles forment alors des éléments ronds ou ovoïdes, gorgés de ces débris ; elles ressemblent alors tout à fait aux cellules granuleuses des dégénérescences du système nerveux central. On les rencontre d'ailleurs dès la quatrième et cinquième semaine qui suivent la lésion des nerfs dans les gaines lymphatiques adventices des vaisseaux sanguins des nerfs. Ce sont donc elles qui ramènent dans le courant lymphatique de l'économie les produits de dégénérescence des nerfs.

La prolifération des cellules de la gaine de Schwann n'a cepen-

dant rien à faire avec la régénération du bout nerveux. Pour former de jeunes fibres nerveuses, il faut du tissu conjonctif. La régénération se produit au moyen de la germination, pour ainsi parler, des anciennes extrémités des fibres du bout central, à l'endroit lésé. Ou bien la jeune fibre provient du prolongement de l'ancienne, ou bien un cylindre-axe ancien en produit plusieurs par dichotomie. Le sixième ou septième jour, commence cette néoplasie de fibres nerveuses jeunes extrêmement minces ; à peine nées, celles-ci sont revêtues d'une gaine myélinique excessivement délicate, elles sortent du manchon coupé de l'ancienne gaine de Schwann et s'engagent entre les cellules du tissu conjonctif intermédiaire, à l'endroit lésé, poussant leurs prolongements vers le bout périphérique. Dès qu'elles ont atteint ce dernier, elles y pénètrent, s'introduisent à plein canal dans la gaine de Schwann ancienne ou dans l'épaisseur de celle-ci. Le bout périphérique dégénéré ne joue dans toute cette affaire qu'un rôle passif. Mais il se peut fort bien que les anciennes cellules de la gaine de Schwann qui ont proliféré viennent former la gaine nouvelle des jeunes fibres. En tout cas, il n'y a ni hyperplasie nerveuse discontinue par cellules isolées ou systèmes de cellules indépendantes, ni réunion par première intention des fibres nerveuses sans dégénérescence du bout périphérique. (Voyez *Ziegler's Beitræge zur patholog. Anatomie.* t. XIII, cah. 2.)

M. Laquer. *Des effets de la cocaïne sur l'œil et de ses rapports avec le grand sympathique.* — La cocaïne anesthésie l'œil, par son contact direct sur les extrémités des nerfs sensitifs ; en outre elle dilate la pupille. Cette mydriase, qui commence cinq à dix minutes après l'instillation, dure pendant vingt-quatre à trente-six heures, si l'on maintient sur l'œil un bandeau compressif. Evidemment, alors, ce bandeau ralentit l'excrétion du médicament. Il en est du reste de même à l'égard de l'action de l'atropine et de la physostigmine.

L'avantage de la cocaïne comme mydriatique, c'est que, si elle est moins intense que l'atropine, elle ne gêne pas les mouvements pupillaires, la réaction à la lumière et à la convergence. De plus, les *oscillations diamétrales des pupilles*, physiologiques comme l'on sait, indépendantes de l'éclairage et de l'accommodation, subsistent après l'action de la cocaïne, et sont souvent renforcées. La cocaïne ne paralyse donc pas les terminaisous de l'oculo-moteur commun, elle excite les fibres pupillo-dilatatrice du grand sympathique.

La cocaïne augmente l'*ouverture de la fente palpébrale*, non point en projetant en avant le globe de l'œil, mais en élevant la paupière supérieure. Cette action ne peut s'expliquer que par une excitation des branches terminales du grand sympathique, qui commandent au muscle palpébral de Muller (élévateur accessoire lisse de la pau-

pière supérieure). Et, en effet, dans la blépharoptose congénitale ou autre, quand l'élévation de la paupière supérieure est paralysée, la cocaïne agrandit encore la fente palpébrale, ouvre l'œil dans une certaine mesure (fait de Reichenheim, 1884 ; — faits de Laqueur.)

La pâleur de la conjonctive, l'abaissement local de la température, la diminution de tension du globe de l'œil par diminution de la filtration vasculaire, viennent, encore, de concert avec l'anesthésie locale produite par l'action de la cocaïne, indiquer l'excitation par elle des fibres sympathiques.

Toutefois, quoi qu'en dise E. Pflüger, la cocaïne agit encore, dans les cas où il y a paralysie du sympathique (complexus symptomatique de Horner). Ceci n'infirme point la théorie. On peut admettre qu'en pareil cas, ou bien le sympathique n'était pas complètement paralysé, ou, ce qui est plus probable, le tronc du nerf étant comprimé, les extrémités en étaient encore excitables. Cela ne se voit-il pas dans beaucoup d'autres paralysies motrices, quand la dégénérescence n'est pas trop avancée.

M. Beyer. *Du trional.* — Ce médicament n'a pas forcément une action sédative ; c'est un narcotique à recommander : à petites doses, dans l'insomnie simple et neurasthénique ; associé à la morphine contre la douleur ; associé à l'opium dans la mélancolie ; à doses moyennes dans les modalités psychopathiques hallucinatoires; à hautes doses dans la manie. Il n'exerce pas d'influence spécifique sur la psychose. La dose active varie suivant les individus et les symptômes ; elle oscille entre 0,50 et 4 grammes. Il exerce déjà une action toxique à la dose de 1 gramme, de sorte que dès qu'on a atteint le maximum d'effet utile, il ne faut point persister. Il ne faut l'administrer qu'une fois par jour, le soir. Il n'est pas difficile d'éviter l'intoxication puisqu'on est déjà averti par des prodrômes désagréables ; ceux-ci du reste disparaissent tout à fait et vite dès qu'on suspend le médicament.

M. Krœpelin. *La disposition d'esprit.* — La bonne disposition se traduit par une augmentation de l'activité et de la capacité de travail dans l'unité de temps ; l'inverse indique la fatigue mentale. Si l'on exécute une somme importante de travail efficace dès les premiers efforts, il y a lieu de croire que la fatigue viendra vite, tandis que si, dès le début, l'activité est médiocre, on peut penser que l'on en accomplira progressivement davantage ou bien qu'on est fatigué ; en ce dernier cas, la capacité au travail diminue graduellement. Tout repos améliore les dispositions. Mais, si l'on a poussé trop loin la fatigue, l'interruption du travail ne suffit plus pour rendre dispos ; il faut cesser totalement toute activité psychique et dormir. Après le sommeil, nous nous réveillons moins apte à agir, mais doué d'une activité ascendante. La mensuration de la profondeur du sommeil nous montre que cette régénération

est obtenue par les divers individus avec une rapidité très variable. Chez beaucoup de personnes, qui paraissent constituer le type sain, il y a réfection complète après un sommeil de quelques heures; chez d'autres, notamment chez les nerveux, la réparation est si lente que les signes de la fatigue subsistent encore assez longtemps après le réveil. Les premiers sont disposés dès le matin; les seconds dans la matinée seulement. L'alimentation change la disposition d'esprit. Quand le travail a été prolongé, l'efficacité de l'effort s'accroît jusqu'au déjeuner de midi; puis elle baisse soudain très notablement, on constate alors une abondance d'association d'idées d'origine extérieure tandis que la trame des conceptions personnelles est peu solide. Toutefois ce ne sont pas là les signes de la fatigue car ils disparaissent, si l'on continue à travailler, au bout de deux à trois heures. Il est très probable qu'ils tiennent à de l'anémie cérébrale par suite d'un afflux exagéré du sang aux viscères abdominaux. Au fur et à mesure que s'effectue la digestion, les phénomènes de la fatigue reprennent le dessus.

La disposition individuelle subit des variations pendant la journée; plus actif le matin et graduellement plus dispos au travail jusqu'à midi, l'aptitude au travail baisse brusquement après le repas; puis l'activité remonte; finalement, le soir, survient la fatigue. La réparation s'effectue d'abord par l'alimentation, puis par le sommeil. Cette courbe naturellement peut être modifiée par la division du travail, la répartition des reprises, la multiplication des repos, l'ingestion de nervins tels que le café, le thé, l'alcool, les émotions, etc.

Il faut aussi tenir compte de l'individu. Tel est plus facile à fatiguer, celui-ci n'a pas la même courbe hypnique que celui-là; tel autre ne subit pas de la même manière les causes déjà mentionnées et ne réagit pas semblablement. La fatigue due au travail physique est différente de la fatigue psychique : les modifications produites par les nervins et les émotions présentent des caractères spéciaux. Ainsi s'explique, qu'en dehors des états morbides particuliers, les variations et aspects de chaque disposition d'esprit soient autant de caméléons. Mais le travail, l'ingestion alimentaire, et le sommeil y marquent leur empreinte.

M. Aschaffenburg. *Des phénomènes psychiques de l'épuisement.* — La fatigue et l'épuisement physique ralentissent la réceptivité des excitations externes, diminuent la résistance au travail et son efficacité; l'association des idées devient alors monotone et dépourvue de sens, comme stéréotypée; en même temps le mécanisme de l'activité mentale prend les allures de l'excitabilité réflexe; elle est comparable à l'hyperexcitabilité motrice qui succède à la fatigue physique.

Dans les psychoses qui procèdent de l'épuisement et qui se rattachent à des troubles graves dans les fonctions organiques,

notamment dans la démence aiguë et le délire du collapsus, on constate de l'hyperexcitabilité motrice; la réceptivité des impressions extérieures est plus ou moins suspendue; il y a du désordre dans les idées par automatisme cérébral, par profusion dans les excitations personnelles d'origine interne, des obsessions par assonances et résonances incohérentes.

En un mot, les troubles dus à l'épuisement physiologique sont tout à fait comparables aux troubles dus à l'épuisement psychique d'ordre pathologique. (*Archiv f. Psychiat.*, XXV. 2.)

P. Kéraval.

BIBLIOGRAPHIE

VIII. *Un cas de pseudo-tabes post-infectieux;* par le professeur Grasset. Ch. Bœlm, édit. Montpellier, 1892.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui, à la suite d'un érysipèle de la face, présenta de la paraplégie, avec perte du sens musculaire et diminution de la sensibilité tactile. Un an après il s'améliore sous l'influence de l'électricité et des grandes marches. Ayant cessé, les accidents paraplégiques reparaissent. Il a de l'abolition des réflexes rotuliens; la démarche est celle du steppeur; il a un faux signe de Romberg, présentant ce que M. Grasset a désigné d'un mot qui fait image, l'équilibre du vélocipède. Il y a en réalité paralysie des extrémités des membres inférieurs par névrite symétrique post-érysipélateuse du tibial antérieur et un peu d'une branche du crural, produisant ce qu'on appelait autrefois un pseudotabes. A l'occasion de ce cas M. Grasset refait l'histoire des pseudotabes qui constituent aujourd'hui un groupe à supprimer, et dont il ne reste que des tabes vrais et fugaces d'un côté, des névroses simulatrices et des névrites de l'autre. Sollier.

IX. *Système nerveux dans la fièvre typhoïde;* par V. Pechère et M. Funck. Bruxelles, H. Lamertin, 1893.

Cette courte brochure de soixante-cinq pages se divise en quatre parties. La première a trait aux symptômes méningo-encéphaliques : céphalalgie, phénomènes mentaux, méningites, localisations bulbaires et névroses forment autant de têtes de chapitres, et tout ceci est traité en une brève compilation de trente-trois pages. L'étude des troubles mentaux et des névroses y est particulièrement écourtée. Aucune idée originale ne s'y trouve exposée.

La deuxième partie, encore plus brève, donne en cinq pages les

hypothèses faites jusqu'ici sur les symptômes médullaires (paralysies et actes réflexes). La troisième partie traite de la même façon les névrites typhoïdiques.

Quant à la quatrième, intitulée « fièvre typhoïde expérimentale », elle est un vague exposé de pathologie générale, très incomplet, où l'infection diphtérique tient la plus grande place. En un mot, ce travail sans conclusion est une simple compilation, les auteurs prenant à cœur leur épigraphe, ont voulu démontrer que : « la médecine, au moment où ils en commençaient l'étude, subissait dans sa doctrine un amendement considérable ». J. Noir.

X. *Un cas de sclérose en plaques et hystérie associés, avec autopsie;* par le professeur Grasset. Montpellier, 1892.

C'est un bel exemple d'association hystéro-organique. Il s'agit d'une femme de vingt-trois ans présentant du nystagmus, de la scansion de la parole, du tremblement dans les mouvements volontaires, rendant la marche presque impossible, de la trépidation épileptoïde des pieds, et des vertiges. A côté de cela des crises d'hystérie apparurent avec diminution de la sensibilité du membre inférieur droit, existence de zones hystérogènes et hystéro-frénatrices, points ovariens, abolition du réflexe pharyngien, rétrécissement concentrique du champ visuel. La mort, étant survenue d'une façon inattendue, vint confirmer par l'autopsie l'opinion de M. Grasset qu'il s'agissait bien réellement de sclérose en plaques et que l'hystérie lui était combinée et ne s'était pas borné à la simuler. P. Sollier.

XI. *Les diplégies cérébrales de l'enfance;* par E. Rosenthal. Paris, J.-B. Baillère et fils, 1893.

Ce travail, basé sur cinquante-trois observations, est une thèse de Lyon, bien qu'inspirée par M. le Dr Freud, de Vienne (Autriche). Par diplégies cérébrales, l'auteur désigne quatre types pathologiques parmi lesquels est la maladie de Little; ces types sont : 1° la rigidité généralisée (maladie de Little); 2° la rigidité paraplégique; 3° l'hémiplégie spasmodique, et 4° la chorée bilatérale congénitale. L'auteur fait une grande place aux accidents obstétricaux (traumatisme pendant la naissance, asphyxie, présentation anormale, etc.) dans l'étiologie de ces diplégies[1]. Il avoue qu'elles ne forment qu'« une unité clinique provisoire et ne présentent pas une unité anatomique ». Et nous sommes heureux de constater

[1] Ce sont des causes dont nous avons souvent signalé l'importance dans les observations qui composent les treize volumes de nos *Comptes rendus* de Bicêtre. (B.)

que M. Rosenthal arrive à conclure que ces accidents ont pour cause « différents processus morbides du cerveau qui ont pour conséquence commune un affaiblissement de l'influence du cerveau sur la moelle ». Dans un travail intitulé : *Etude sur les tics chez les dégénérés, les imbéciles et les idiots*, fait sous l'inspiration de notre maître M. Bourneville, où plusieurs de nos observations, prises dans son service, ont trait à des diplégies cérébrales, nous avons nous-même soutenu la même hypothèse. Dans ce travail, du reste, nombre de tics coordonnés et de phénomènes désignés par nous sous les noms de pseudo-chorées, de pseudo-athétoses, etc., pourraient recevoir celui de diplégies cérébrales. Les critiques que nous ferons à M. Rosenthal seront toujours adressées à ses observations écourtées pour la plupart et manquant d'antécédents héréditaires suffisants qui lui auraient permis de tirer peut-être d'autres conclusions intéressantes, et puisque ce travail a un chapitre d'anatomie pathologique, nous regrettons que M. Rosenthal ait adopté les conclusions de Freud à l'égard des diplégies cérébrales sans les étayer d'autopsies qui font défaut à ses cinquante-trois observations. J. Noir.

XII. *Un cas de maladie de Morvan;* par le professeur Grasset. Montpellier, 1892.

Il s'agit d'un cas très net de maladie de Morvan, avec panaris analgésique, thermo-anesthésie, parésie des extrémités, rétrécissement notable du champ visuel à droite. C'est de ce côté du reste que les phénomènes sont de beaucoup plus marqués. Des figures illustrent cette intéressante leçon. P. S.

XIII. *A propos d'un cas de maladie des tics convulsifs avec mouvements par obsession*; par Roubinowitch. Paris, Maretheux, édit. 1893.

L'auteur, à propos d'une intéressante observation prise à la Salpêtrière dans le service de M. le Dr A. Voisin, passe en revue les diverses opinions émises sur la maladie des tics convulsifs et le myriachit. Ce court exposé est en quelque sorte la réédition d'une communication faite par le même auteur le 25 juillet 1892 à la Société médico-psychologique, devant laquelle M. Roubinowitch a résumé un travail du Russe Tokarsky sur le même sujet. J. Noir.

XIV. *L'hydrothérapie dans les maladies chroniques et les maladies nerveuses*; par les Drs Beni-Barde et Materne. 1 vol. in-8°. Masson, édit., Paris, 1893.

Ce volumineux ouvrage de 500 pages pourrait facilement être réduit de trois quarts. Après avoir démontré que l'hydrothérapie, en variant ses applications, est nécessaire ou tout au moins utile

dans toutes les maladies, les auteurs entreprennent de passer en revue toutes les affections chroniques et du système nerveux. Ils ne se sont pas contentés d'indiquer la méthode qui a leur préférence dans chacune d'elles, ils ont encore entrepris d'en donner un résumé. Leur ouvrage a ainsi l'air d'un manuel de médecine dont le chapitre du traitement ne comporterait que l'hydrothérapie. Nous y apprenons du reste des choses fort intéressantes, par exemple que l'hystérie possède quelques signes qui lui sont propres (p. 236), que l'isolement peut dans certains cas rendre des services pour le traitement de l'hystérie, dont l'hydrothérapie est le seul traitement général et rationnel. Ils reconnaissent cependant que souvent la suspension de ce traitement si rationnel amène une grande amélioration (p. 249). Du reste, l'idée qu'ils se font de l'hystérie est bien surprenante quand on lit (p. 256) à la fin de l'article *Épilepsie*[1] : « On pourra employer aussi avec avantage l'hydrothérapie contre l'hystéro-épilepsie, cet état complexe et mal défini où l'on observe un mélange de symptômes qui tiennent à la fois de l'hystérie et de l'épilepsie » (!) Plus loin, nous lisons : « Pour nous, l'hypochondrie est une névrose cérébrale dépendant d'une altération de nutrition du cerveau amenant une surexcitabilité excessive de certains éléments nerveux. Tous les chapitres consacrés aux affections mentales, mélancolie, psychopathies, etc., présentent des aperçus aussi ingénieux. La conception des pseudo-tabes est à citer presque entièrement. « Le pseudo-tabes est produit par une simple neurasthénie de la moelle. On le rencontre dans l'hystérie et dans les principales intoxications. Mais, dans tous les cas, à moins de névrite périphérique, le mode de production est le même et consiste dans un trouble nutritif de l'axe médullaire. Le pseudo-tabes n'est qu'un syndrôme de diverses maladies amenant une neurasthénie de la moelle. » Ainsi, le pseudo-tabes est à la fois le résultat et la cause d'une neurasthénie de la moelle ! Qu'est-ce que tout cela veut dire ?

Ces conceptions n'auraient d'ailleurs aucune importance, si MM. Beni-Barbe et Materne se contentaient de les émettre sans en tirer des conséquences thérapeutiques. Là est le danger, mais il n'est pas que là. De semblables livres par la façon dont sont présentées les choses peuvent induire en erreur et empêcher d'appli-

[1] Les auteurs, s'occupant dans leur livre d'une façon spéciale du traitement des maladies nerveuses par l'hydrothérapie, auraient dû rappeler les travaux faits sur le même mode de traitement. Depuis bien des années, et surtout depuis 1879, nous avons soumis un nombre considérable d'épileptiques au traitement hydrothérapique. Tous les ans nous le rappelons. Nous avons publié en 1882, un travail spécial avec P. Bricon, un de nos élèves, qui déjà avait consacré à ce sujet un chapitre spécial de sa thèse. Nous devons à l'hydrothérapie, seule ou combinée avec les bromures, un nombre respectable de succès. (B.)

quer un traitement plus rationnel et plus efficace. Je n'en veux pour exemple que la paralysie infantile et la paralysie spinale antérieure chronique. Conseiller l'hydrothérapie comme le seul traitement, en omettant de prononcer le mot d'électrothérapie dont elle n'est qu'un adjuvant, pas même indispensable, c'est condamner les malades pour lesquels on suivrait ces conseils à l'incurabilité. De tels livres ne sont guère utiles qu'à leurs auteurs et échappent à la critique scientifique. P. S.

XV. *Un cas de méningite tuberculeuse;* par E. Riberolles. (Extrait de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 3 mai 1893.)

Cette courte observation aurait trait à une *méningite tuberculeuse en plaques à foyers disséminés*, guérie. L'auteur se base pour affirmer la nature tuberculeuse de la méningite sur la coexistence de la tuberculose pulmonaire. L'amélioration des symptômes méningitiques à la suite d'une intoxication iodurée accidentelle et la perte après la guérison de la notion du patois que l'enfant parlait habituellement avant sa maladie, sont les points les plus intéressants de l'histoire de ce malade. J. Noir.

XVI. *Neurasthénie et arthritisme;* par R. Vigouroux. 1 vol. Paris. Maloine, édit., 1893.

En examinant par le procédé de Gautrelet l'urine des neurasthéniques, l'auteur a constaté qu'elle présente toujours un excès d'acidité qui en est la caractéristique, avec diminution des produits excrémentitiels normaux et augmentation ou présence anormale des produits d'oxydation incomplète. Cette urine présentant les mêmes caractères que dans l'arthritisme, l'auteur en conclut que tous les neurasthéniques sont des arthritiques. De là découlent le régime et le traitement qui sont, on va le voir, d'une simplicité étonnante. M. Vigouroux a en effet découvert qu'il ne suffisait pas de suralimenter les gens débilités pour leur rendre leur vitalité et les faire augmenter de poids, mais qu'il faut avant tout qu'ils assimilent ce qu'ils absorbent. D'où il conclut que le régime alimentaire ne doit pas excéder la normale. Quant à savoir sur quoi se baser pour établir cette normale pour chaque malade, il ne le dit pas précisément. On réglera le régime sur l'augmentation ou la diminution du poids du sujet. Ajoutez à cela l'emploi des alcalins pour combattre l'acidité de l'urine et vous aurez la moitié du traitement. La seconde moitié c'est l'électricité statique, la franklinisation. Avec trente séances, d'après M. R. Vigouroux, vous êtes sûr de guérir tous les neurasthéniques. Peut-être serait-il prudent de faire quelques réserves. P. Sollier.

VARIA.

HOMMAGE A M. J.-M. CHARCOT

Nous extrayons d'une lettre de Santiago le passage suivant :

« La presse de Santiago a consacré de nombreux articles à l'exposé des importants services rendus à la science et à l'humanité par notre compatriote. D'autre part, le jour où les télégrammes d'Europe annonçant la mort du savant défunt sont parvenus, le drapeau de l'Ecole de médecine a été mis en berne, et, pendant la journée du lendemain, le cours du professeur des maladies nerveuses a été exclusivement consacré à un exposé des travaux et de la vie du docteur Jean Charcot.

« Une délégation des élèves de dernière année est venue à la Légation de France, témoigner à notre représentant les condoléances des élèves et des membres de l'Ecole pour la grande perte faite par la France. »

Nous avons reçu de notre savant collaborateur, M. le professeur Kojevnikoff, la lettre suivante :

Moscou, le 28 septembre, 10 octobre 1893.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous informer que tous les Médecins Neurologistes et Aliénistes de Moscou, réunis en séance d'ouverture le 24 septembre (6 octobre), après avoir entendu l'éloge du regretté professeur Charcot, prononcé par le président, a décidé à l'unanimité :

1° D'exprimer à la veuve et à la famille de l'illustre Maître le sentiment de profond regret que la perte douloureuse qui les a frappées fait éprouver à la Société ;

2° De charger un des membres de la Société de prononcer, en séance publique, un discours retraçant les grands traits de la vie et de l'œuvre du défunt ;

3° De placer le portrait de l'éminent Maître dans la salle de l'Université où la Société a ses séances, et, à cet effet, d'en demander l'autorisation à M. le Ministre de l'Instruction publique ;

4° De participer à la *souscription* pour l'érection du monument qui doit être élevé à Paris, à la mémoire de l'illustre savant ;

5° Enfin, de vous prier de transmettre à nos confrères français et, en particulier, aux disciples et amis de M. Charcot, les senti-

ments de sincère douleur que nous cause le décès du Maître, qui a tant fait pour la science et pour la gloire de sa patrie.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

AL. KOJEVNIKOFF,

Professeur de l'Université; Président de la Société des Médecins Neurologistes et aliénistes de Moscou.

CONCOURS POUR LES PLACES DE MÉDECINS-ADJOINTS DES ASILES D'ALIÉNÉS

Nous avons reçu la lettre suivante au sujet de cette question si intéressante :

Paris, le 5 novembre 1883.

A M. le Dr BOURNEVILLE, rédacteur en chef du *Progrès Médical*.

MONSIEUR,

Depuis quinze mois j'attends l'annonce de l'ouverture du concours annuel d'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint des asiles. L'an dernier, me dit-on, le concours n'a pu avoir lieu faute d'argent pour acquitter les frais d'un jury d'examen; cette année, les fonds sont votés, mais le concours se fait attendre. Que me conseillez-vous? Dois-je me lancer dans une autre voie? Et, en effet, si le concours est supprimé, c'est le retour à la faveur et je n'ai, hélas! pas de titres politiques. D'un autre côté, si le concours maintenu me permet d'être classé et nommé adjoint, suis-je bien sûr que mon avancement ne sera pas entravé par des nominations d'emblée à des postes de chef de service, comme on l'a vu récemment, au mépris de tous les droits. Mes préoccupations à cet égard sont bien légitimes et ne sont pas isolées, puisqu'au Congrès récent des médecins aliénistes, on avait demandé qu'aucune nomination de médecin en chef ou de directeur ne pût se faire à l'avenir en dehors du cadre des adjoints titulaires, ce que l'Empire n'avait jamais osé faire.

J'aimerais à vous voir exprimer votre sentiment sur ces revendications au triomphe desquelles vous vous êtes toujours dévoué.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Dr X..., *ancien interne des Asiles.*

M. Monod, à qui nous avons demandé les renseignements sur les motifs qui s'opposaient à l'annonce d'un concours pour les places de médecins-adjoints des Asiles publics d'aliénés, nous a répondu que la Commission du budget avait supprimé

le crédit demandé dans ce but pour 1893; que sur son initiative le crédit figurait sur le projet de budget de 1894, mais qu'il avait été rayé comme l'année précédente et, que, par conséquent il était dans l'impossibiliié actuellement de faire procéder à un concours, mais qu'il se proposait d'intervenir auprès de M. le Ministre de l'Intérieur afin d'avoir les fonds indispensables. Il s'agit là d'une dépense peu élevée; on pourrait la prélever facilement sur les fonds du pari mutuel. Le concours est destiné, en effet, à assurer le bon recrutement du personnel médical des établissements d'aliénés, établissements de bienfaisance.

Il est indispensable que l'on sache à quoi s'en tenir exactement sur le mode de nomination des médecins des asiles. Est-ce la nomination directe, c'est-à-dire la faveur? Est-ce le concours? Le concours a été établi. Les différentes commissions parlementaires qui ont été chargées d'examiner les projets de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838, ont toutes demandé le concours. On est donc étonné de voir le ministère de l'intérieur se laisser supprimer un crédit, d'ailleurs très modique, destiné à l'application d'une mesure juste et libérale. Peut-être se trouvera-t-il un député qui consentira à poser une question sur ce sujet au nouveau ministre de l'intérieur.

ASSISTANCE DES IDIOTS

Souvent, avons-nous dit, les idiots, enfants ou adultes, servent d'instrument aux malfaiteurs pour commettre des crimes ou des délits. D'autres fois, ils servent de jouets à des malheureux chez lesquels font défaut les sentiments d'humanité. D'où la nécessité de les hospitaliser. Le fait suivant, emprunté au *Républicain Orléanais* du 18 novembre, vient à l'appui de notre thèse.

« Nous avons annoncé, dit ce journal, que les jeunes Renard, Merlin et Yssert, de Châteauneuf-sur-Loire, avaient été condamnés par défaut à 16 et 25 francs d'amende, pour avoir frappé un pauvre d'esprit nommé Baranger. Les trois jeunes gens se représentent aujourd'hui devant le tribunal qui, après plaidoirie de Me Jourdan, les condamne chacun d'eux à 16 francs d'amende avec application de la loi Bérenger. »

OCCUPATION DES ÉPILEPTIQUES

Dans un article éditorial, *The Lancet* fait des remarques sur l'établissement en Angleterre d'une maison pour les malades atteints d'épilepsie et de désordres similaires. On a ouvert tout récemment à Gadal-

ming une institution appelée Lady Meath's Home of Comfort pour épileptiques, et une organisation bienfaisante connue sous le nom de « Société nationale pour l'emploi des Epileptiques » s'est formée dans le but de venir en aide aux épileptiques nécessiteux et qui désirent travailler, une partie du temps au moins, mais qui ne peuvent, à cause de leurs infirmités, se procurer une situation quelconque.

Une série de *cottages*, on l'espère, sera occupée, et chacun d'eux sera aménagé pour dix ou vingt épileptiques. Les sexes seront séparés, et les enfants et les adultes également. Le système de direction sera le même que celui qui a si bien réussi et a été mis en usage à la colonie d'épileptiques de Bielefield, et quelques malades mâles y seront bientôt placés. Les travaux de jardinage, bêchage, y seront faits, mais à mesure que la colonie prendra de l'extension, on y développera aussi quelques arts mécaniques et autres industries. Il est à espérer que de cette manière l'asile arrivera à se suffire à lui-même, en partie d'abord et augmentant au fur et à mesure du développement de l'établissement.

La colonie ou maison sera dès le début dirigée par un docteur sans distinction de service ou sections. Bien que dans le principe cet établissement soit créé pour les pauvres, par la suite, on pourra y admettre des malades payants, qui seront reçus comme pensionnaires. (*The New-York Med. Journ.*, 14 janvier, p. 45.)

BOURSE DE VOYAGE DES INTERNES DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Dans notre rapport à la Commission de surveillance des asiles de la Seine, sur le budget de l'asile de Villejuif, nous avons signalé le passage suivant du rapport médical de notre ami le Dr Briand :

« On ne peut que regretter, écrit M. Briand, la mesure prise par le conseil général de la Seine qui n'a pas continué la subvention accordée tous les deux ans, pour permettre à l'interne jugé le plus digne par le concours, de faire à l'étranger un voyage extrêmement profitable à nos malades, à lui-même et aussi à la bonne renommée des asiles de la Seine. Ce concours de la bourse de voyage équivalait pour les internes des asiles à la médaille d'or des internes des hôpitaux. Il constituait une tradition tout en encourageant l'émulation.

« Les internes dont je me fais ici l'interprète formulent des vœux pour que vous vouliez bien intervenir auprès du conseil général en faveur de la bourse de voyage. »

Peu après l'institution du concours pour le recrutement des internes des asiles d'aliénés de la Seine, alors que nous étions conseiller général, nous avons réclamé et obtenu, par analogie avec ce qui existe dans les hôpitaux, la création d'une bourse de voyage (au lieu d'une médaille d'or) pour les internes des asiles et des

quartiers d'hospice. Le premier concours a eu lieu en 1882, la bourse a été accordée à M. le Dr Briand, qui a déposé un rapport entre les mains de l'administration. Le second concours a eu lieu en 1884, la bourse a été obtenue à M. le Dr Vétault. Le troisième concours a eu lieu en 1886 et la bourse a été obtenue par M. le Dr Pichon. Le quatrième concours a eu lieu en 1890 et la bourse a été obtenue par M. le Dr Marie, médecin de la colonie de Dun-sur-Auron.

M. le Roux a eu l'excellente idée de faire imprimer le rapport de M. Marie et tous ceux qui l'ont lu en ont retiré des bénéfices, car ce rapport renferme des renseignements très intéressants sur les asiles d'Ecosse. C'est donc avec une véritable surprise que nous avons appris la décision du conseil général. Nous associant à la réclamation de M. le Dr Briand, nous demandons à la Commission d'émettre un vœu pour le rétablissement de la bourse de voyage.

M. le Président. — J'appuie la proposition de M. le Dr Briand qui nous est présentée par M. le Dr Bourneville, mais sous réserve toutefois que le rapport demandé au lauréat sera écrit et imprimé dans les délais prescrits par le règlement. Sous le bénéfice de cette réserve, la commission émet un vœu favorable au rétablissement de la bourse de voyage.

LES MIRACLES DE LOURDES

Nous avons, d'après la *Croix* de Paris, dit le *Bonhomme Normand* (8-14 sept.), signalé plusieurs miracles qui se seraient produits à Lourdes lors du pèlerinage du diocèse de Bayeux. La *Croix* de Caen, avec une sage réserve, s'est contentée de dire qu'une dame de Caen et deux demoiselles de Deauville et de Vire avaient été guéries miraculeusement. Or, comme nous l'avons annoncé, la demoiselle de Vire est décédée, en chemin de fer, non loin du Mans. C'est assurément une guérison radicale, mais pas du tout miraculeuse. C'était la troisième fois que la pauvre malade, une demoiselle Guesdon, allait à Lourdes demander la guérison du mal dont elle était atteinte depuis longtemps.

Quant à la demoiselle Hélène Blanchet, c'est une jeune personne en service chez une dame Sénécal, demeurant à Deauville, atteinte d'un mal qui paraît tenir de l'asthme. Si elle a éprouvé du mieux à Lourdes, il n'y paraît plus aujourd'hui, car elle est obligée de s'y reprendre en deux fois pour dire qu'elle va mieux. Cela n'empêche que le bienheureux président du syndicat des miracles de Deauville veut organiser une procession à saint Hélèn', patron des déraillés, en souvenir de cette soi-disant guérison miraculeuse.

La *Croix* de Paris avait aussi annoncé qu'une dame Augustine, trente-six ans, habitant Lugnolles (Orne), atteinte d'hémiplégie depuis neuf mois, avait, au passage du Saint Sacrement, jeté son

bâton et était rentrée seule à l'hôpital. Il n'y a qu'un malheur à cela, c'est qu'il n'existe ni dans l'Orne, ni même en France, aucune localité du nom de Lugnolles.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés, nominations et mutations. — M. le Dr Quillemin, médecin-adjoint de l'asile de Dôle, est nommé médecin en chef à Montdevergues en remplacement de M. Fabre, nommé au Mans en remplacement de M. le Dr Mordret, retraité (9 sept. 1893). — M. le Dr Chaussinant, médecin-adjoint à l'asile de Dijon, est nommé médecin-directeur à l'asile de Dôle en remplacement de M. Becoulet, admis à faire valoir ses droits à la retraite (3 novembre 1893). M. le Dr Broquère, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville, est nommé directeur-médecin à la Roche-Gandon en remplacement de M. Faière, décédé (3 novembre 1893).

Le crime de Locunolé. — On télégraphie de Brest : Une affaire émouvante vient de se dérouler à la cour d'assises du Finistère, devant laquelle comparaissait le nommé Le Dain, cultivateur à Locunolé, qui, le 8 juillet dernier, dans un accès d'aliénation mentale et après avoir absorbé le contenu d'un litre d'eau-de-vie, coupa la gorge à l'un de ses enfants, âgé de trois ans, qui mourut sur-le-champ. Le second, âgé de cinq ans, fut blessé grièvement au cou et à l'abdomen. Les enfants dormaient paisiblement dans leur lit. Le 19 mars, il avait déjà assommé un de ses voisins et fut, de ce chef, condamné à cinq mois de prison.

Malgré son état de démence, Le Dain ne peut retenir ses sanglots à l'audience, quand on introduit son fils, à peine remis de ses blessures. Reconnu irresponsable, il a été acquitté, mais il sera interné dans un asile d'aliénés... C'est ce que l'on aurait dû faire plus tôt et ce qui serait si les préfets et les maires se rendaient mieux compte que la loi du 30 juin 1838 est non seulement une loi de sécurité publique, mais surtout une *loi d'assistance*.

Les drames de la folie. — La rue du Marché, à Lille, a été mise en émoi aujourd'hui par les cris : Au secours ! A l'assassin ! Presque aussitôt une femme, la poitrine sanglante, sortait de chez elle, poursuivie par un homme brandissant un couteau et poussant des cris affreux.

Depuis dimanche, le malheureux Arthur Desmarets était en

proie à des accès de folie. Par prudence sa femme avait enfermé tous les couteaux, ayant un pressentiment de ce qui allait se passer. Aujourd'hui, la femme Desmarets épluchait de la salade. Pris d'un soudain accès de folie, Desmarets se précipita sur elle, lui arracha le couteau qu'elle avait entre les mains et le lui plongea dans le sein gauche en poussant des hurlements effroyables.

Malgré ses horribles souffrances, Mme Desmarets s'est rendue dans une pharmacie où les premiers soins lui ont été donnés. Son état est très grave. Elle porte une blessure de cinq centimètres au sein gauche; le poumon a été atteint. On l'a transportée à l'hôpital de la Charité. Quant au malheureux fou, il a été conduit au commissariat de police d'où il sera dirigé sur l'hôpital Saint-Sauveur. (*L'Eclair.*) — Ce fait s'ajoute à ceux que publient quotidiennement les journaux pour démontrer la nécessité du placement immédiat des aliénés dans les asiles.

SUICIDE D'UN ENFANT. — Le sieur Rohr, 20, rue d'Aubervilliers, rentrait à son domicile, sa journée terminée, lorsqu'il aperçut, étendu à terre, le corps de son fils âgé de 14 ans. Une odeur d'oxyde de charbon se dégageait dans l'appartement; le père affolé ouvrit immédiatement la fenêtre, mais il était trop tard. On ignore les causes qui ont pu pousser le malheureux enfant à commettre cet acte de désespoir.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ. — Sous ce titre : *Une femme qui se pend*, le *Bonhomme Normand* (8-14 sept.) raconte le fait suivant : « Dimanche, la dame Caval, née Justine Legras, 60 ans, ménagère à Clinchamps-sur-Orne, se leva en disant à son mari qu'elle allait chez un voisin. Le sieur Caval s'étant levé environ une heure après, s'étonna beaucoup de ne pas voir sa femme dans la maison, alors qu'elle aurait dû être rentrée depuis longtemps. Etant allé dans sa cave, qui est située près de sa maison d'habitation, il y trouva sa femme, pendue à une corde, attachée à une traverse. Il appela aussitôt à l'aide. La femme Caval fut dépendue, mais, malgré les soins, il a été impossible de la rappeler à la vie. Cette malheureuse était atteinte d'une maladie mentale déclarée incurable; elle manifestait souvent l'intention d'en finir avec la vie. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Association générale des étudiants de paris, fondée en 1884. Reconnue d'utilité publique en 1891. — *Annuaire* 1893-1894. — Volume in-8° d' 220 pages. — Prix : 0 fr. 40. — Paris, 1893. — Au Siège social.

Charcot. — *Clinique des maladies du système nerveux* (leçons du professeur, mémoires, notes et observations). — Parus pendant les années 1889-90 et 1890-91 et publiés sous la direction de Georges Guinon). — *Tome II.* — Volume in-8° de 482 pages, avec 20 figures. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés, 8 fr.

Chipault (A.). — *Etudes de chirurgie médullaire.* (*Historique, Chirurgie opératoire, Traitement.*) — Un volume in-8° de 403 pages, avec 66 figures et 2 planches hors texte. — Prix : 15 fr. — Paris, 1893. — Librairie F. Alcan.

Hircl (M.). — *Suggestion und Hypnose, Ein Kurzes Lehrbuch für Arzte.* Volume in-18 cartonné de VI-209 pages. Leipzig, 1893. — Verlaz von A. Abel.

Ocbeke. — *Ueber die Pupille nreaction und einige andere Erscheinungen bei der allgemeinen fortschreitendon Parlaysie mit Berücksichtigung der Syphilis frage.* — Brochure in-8° de 28 pages. — Bonn, 1893. — Chez l'auteur.

Pecharman (A.). — *Essai sur les psychoses de la vieillesse.* Volume in-8° de 119 pages. Paris, 1893. — Imprimerie H. Jouve.

Pick (A.). — *Ueber Asymetrie der Rückenmarkshælften als Folge abnormen Baues der Medulla oblongata.* — Brochure in-8° de 9 pages, avec une planche hors texte. — Prague, 1893. Chez l'auteur.

Pick (A.). — *Ueber allgemeine Gedæchtnisschwæche als Folge cerebralar Herderkrankung, mit einem Beitrage zur Lehre von der topischen Diagnostik der Schhügel-Læsionen.* Brochure in-8° de 10 pages. — Pragne, 1893. Chez l'auteur.

Vialet. — *Les centres cérébraux de la vision et l'appareil nerveux visuel intra-cérébral,* avec une préface du D[r] Dejérine. — Volume in-8° de 355 pages, avec 90 figures. — Paris, 1893. Librairie F. Alcan.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

TABLE DES MATIÈRES

BI

Tome II. —

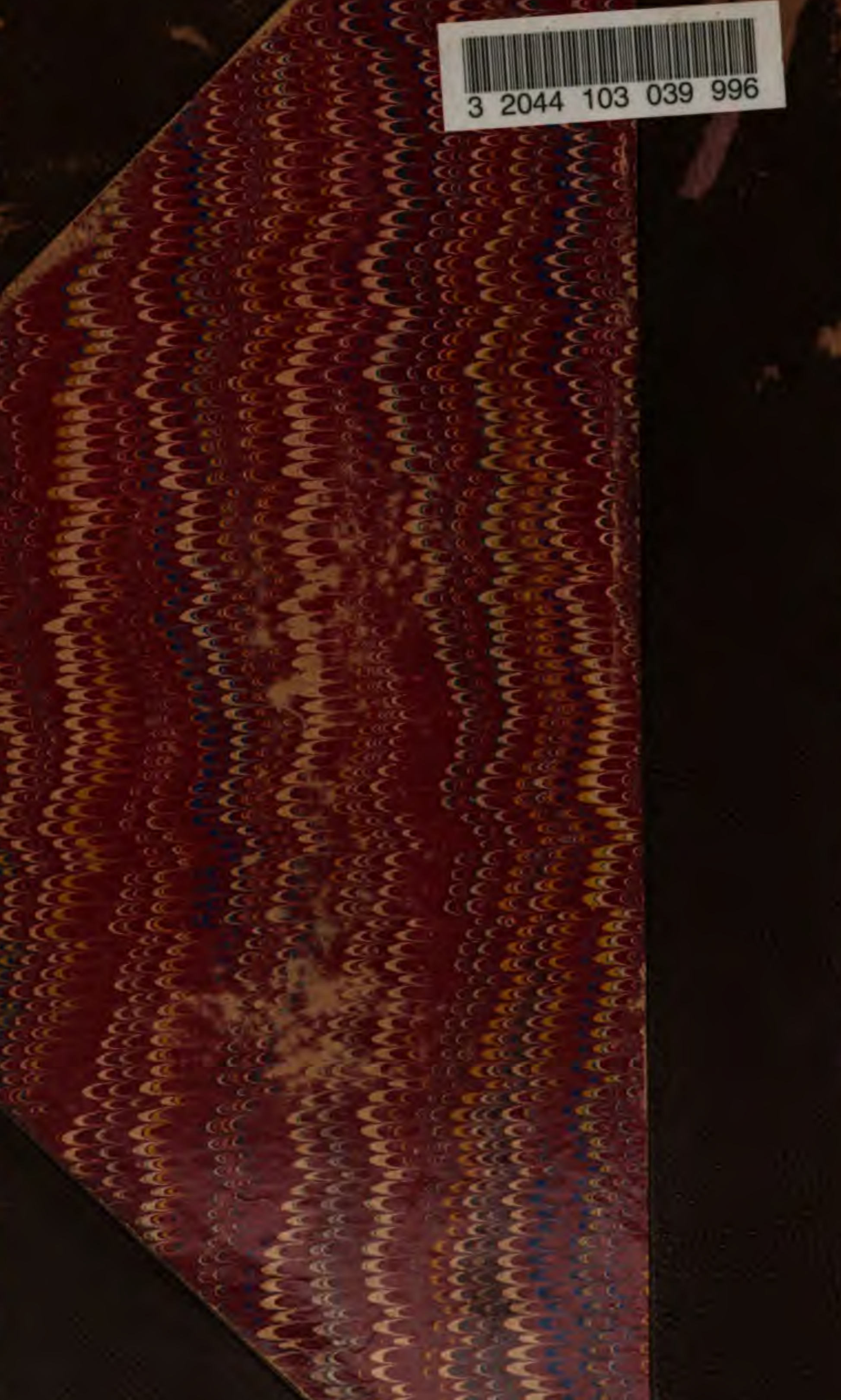


RS.

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 1293


NB 842
NB 844


3 2044 103 039 996